

Taube, Ronny

**Die Kommunikation zwischen Jugendamt und Leistungserbringer
zu Beginn einer ambulanten Erziehungshilfe im Spannungsfeld zwischen
sozialpädagogischer Theorie und Alltagspraxis am Beispiel der Stadt Dresden.**

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein, 2014

Erstprüferin: Frau Prof. Wedler

Zweitprüferin: Frau Prof. Ehlert

Bibliographische Beschreibung:

Taube, Ronny:

Die Kommunikation zwischen Jugendamt und Leistungserbringer zu Beginn einer ambulanten Erziehungshilfe im Spannungsfeld zwischen sozialpädagogischer Theorie und Alltagspraxis am Beispiel der Stadt Dresden. 48 S. Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2014.

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit dem aktuellen Forschungsstand zur Methodik einer Sozialpädagogischen Diagnostik einerseits für die fachliche Arbeit im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) zur Einschätzung des Hilfebedarfes bei Gewährung von Hilfen zur Erziehung nach §§27ff. SGB VIII und andererseits als Arbeitsinstrument für Fachkräfte ambulanter Leistungserbringer im laufenden Prozess der Hilfeleistung.

Es werden drei exemplarische Methoden Sozialpädagogischer Diagnostik vorgestellt und diskutiert.

Durch die anschließende Auswertung der quantitativen Fragebogenerhebung bei Fachkräften im ASD Dresden sowie ambulanten Leistungserbringern aus Dresden kommt der Autor zusammenfassend zu dem Schluss, dass die Soziale Arbeit zukünftig an einem kontrollierten diagnostischen Instrumentarium nicht vorbei kommt.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	5
Einleitung	6
1. Begriffsbestimmung	7
1.1 Ambulante Erziehungshilfen	7
1.2 Das Hilfeplanverfahren.....	8
1.3 Leistungserbringer	9
1.4 Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) und seine Aufgaben.....	9
2. Sozialpädagogische Diagnostik.....	12
2.1 Annäherung zum Thema	12
2.2 Die Sozialpädagogische Familiendiagnose nach Uhlendorff.....	15
2.2.1 Einführende Beschreibung des Verfahrens	15
2.2.2 Methodisches Vorgehen	16
2.2.3 Diskussion	17
2.3 Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen – eine Arbeitshilfe des Bayrischen Landesjugendamtes	18
2.3.1 Einführende Beschreibung des Verfahrens	18
2.3.2 Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Hilfeprozess.....	20

2.3.3 Aufbau und Struktur der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen.....	22
2.3.5 Diskussion	24
2.4 Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen und ihre Bedeutung für die Arbeit im ASD nach Schraper	26
2.4.1 Einführende Beschreibung des Verfahrens	26
2.4.2 Methodisches Vorgehen	26
2.4.3 Diskussion	28
3. Quantitative Forschung – Befragung von Fachkräften aus dem ASD und ambulanten Leistungserbringern.....	29
3.1 Auswahl der Forschungsmethode und Hypothesenbildung	29
3.2 Auswertung und Diskussion der Fragebögen.....	30
4. Zusammenfassung	34
Anlagen.....	38
Umfrage Leistungserbringer.....	38
Umfrage ASD	42
Literaturverzeichnis	47
Selbständigkeitserklärung.....	49

Abkürzungsverzeichnis

ASD	– Allgemeiner Sozialer Dienst
bzw.	– beziehungsweise
ggf.	– gegebenenfalls
i.d.R.	– in der Regel
KJHG	– Kinder- und Jugendhilfegesetz (gleichbedeutend mit SGB VIII)
SGB VIII	– Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfegesetz
z.B.	– zum Beispiel
ZBFS	– Zentrum Bayern Familie und Soziales, ihm gehört das Bayrische Landesjugendamt an
z.T.	– zum Teil

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufschema des Hilfeprozesses (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 17).....	21
Abbildung 2: Erleben und Handeln des jungen Menschen (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 16)	22
Abbildung 3: Erziehungs- und Ent-wicklungs-bedingungen des jungen Menschen (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 16/17).....	23

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

Einleitung

Für eine gelingende professionelle Arbeit im Bereich der ambulanten Erziehungshilfen ist der Beginn einer neuen Hilfe essenziell. Je besser der Leistungserbringer es schafft, einen „Draht zum Adressaten aufzubauen“ und in seine Lebenswelt vorzudringen, desto schneller besteht eine gemeinsame tragfähige Arbeitsgrundlage. Hierfür benötigt der professionelle Helfer Informationen über den oder die Adressaten.

Eine Möglichkeit des Erkenntnisgewinns über einen neuen Fall ist die Anwendung der Methodik einer „Sozialpädagogischen Diagnose“. In der vorliegenden Bachelorarbeit möchte ich diese Methode näher beleuchten und ihre Praxisrelevanz am Beispiel der Kommunikation zwischen dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) des Jugendamtes der Stadt Dresden und ambulanten Leistungserbringern untersuchen.

Im ersten Abschnitt werde ich versuchen alle relevanten Begrifflichkeiten zu beleuchten, um die Verortung der Thematik der vorliegenden Bachelorarbeit zu klären.

Der zweite Abschnitt setzt sich theoretisch mit der Methodik der Sozialpädagogischen Diagnose auseinander und beleuchtet drei verschiedene Verfahren. Die „Sozialpädagogische Familiendiagnose“ nach Uhlendorff (2004, 2005, 2010) ist ein biografisch-rekonstruktives Vorgehen. Subjektive Prozesse und Lebensmuster junger Menschen bzw. ganzer Familien werden in einem aufwendigen Verfahren mit den Adressaten gemeinsam rekonstruiert und ausgewertet. Die „Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen“ des Bayrischen Landesjugendamtes (2005) stellen hingegen einen klar strukturierten Analyserahmen zur Verfügung, der wie eine Art Checkliste den Hilfebedarf der Adressaten einzuschätzen hilft. Schrapper (2012) überschreibt seine Methodik mit dem Begriff „Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen“, ein beziehungsanalytisch-inszenierendes Verfahren, welches die Bearbeitung der Fallanalyse im Fachteam des ASD in den Mittelpunkt rückt.

Ob die sozialpädagogische Theorie auch in der Praxis Relevanz hat, möchte ich im dritten Teil meiner Arbeit untersuchen. Das abschließende Fazit in Teil vier rundet meine Betrachtungen ab.

1. Begriffsbestimmung

Um eine Einordnung in die Thematik dieser Arbeit zu schaffen ist es notwendig, häufig verwendete Begrifflichkeiten zu definieren bzw. zu erläutern. Dies soll im nachfolgenden Absatz geschehen.

1.1 Ambulante Erziehungshilfen

Der Bereich der „Hilfen zur Erziehung“ ist eines der umfassendsten und umfangreichsten Arbeitsfelder innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe. Die rechtlichen Grundlagen sind im §27 SGB VIII formuliert:

„§ 27 Hilfe zur Erziehung

(1) Ein Personensorgeberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder eines Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.

(2) Hilfe zur Erziehung wird insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden. Die Hilfe ist in der Regel im Inland zu erbringen; sie darf nur dann im Ausland erbracht werden, wenn dies nach Maßgabe der Hilfeplanung zur Erreichung des Hilfezieles im Einzelfall erforderlich ist.

(2a) Ist eine Erziehung des Kindes oder Jugendlichen außerhalb des Elternhauses erforderlich, so entfällt der Anspruch auf Hilfe zur Erziehung nicht dadurch, dass eine andere unterhaltspflichtige Person bereit ist, diese Aufgabe zu übernehmen; die Gewährung von Hilfe zur Erziehung setzt in diesem Fall voraus, dass diese Person bereit und geeignet ist, den Hilfebedarf in Zusammenarbeit mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe nach Maßgabe der §§ 36 und 37 zu decken.

(3) Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen. Sie soll bei Bedarf Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen im Sinne des § 13 Absatz 2 einschließen.

(4) Wird ein Kind oder eine Jugendliche während ihres Aufenthalts in einer Einrichtung oder einer Pflegefamilie selbst Mutter eines Kindes, so umfasst die Hilfe zur Erziehung auch die Unterstützung bei der Pflege und Erziehung dieses Kindes.“

(Stascheit, Ulrich (Hrsg.), 2009, S. 1187)

Im Gesetzestext werden in den nachfolgenden §§ 28 – 35 SGBVIII eine Vielzahl von unterschiedlichsten Hilfsangeboten definiert und näher beschrieben: die Erziehungsberatung (§28 SGBVIII), Soziale Gruppenarbeit (§29 SGB VIII), Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§30 SGB VIII), Sozialpädagogische Familienhilfe (§31 SGB VIII),

Erziehung in einer Tagesgruppe (§32 SGB VIII), Vollzeitpflege (§33 SGB VIII), Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen (§34 SGB VIII), intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35 SGB VIII) sowie die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§35a SGB VIII).

„Dieser Kanon an „Hilfen zur Erziehung“ enthält z.T. völlig unterschiedliche und sozialpädagogisch nur undeutlich zu homogenisierende Settings, in denen nicht nur verschiedene Methoden und unterschiedliche Professionen mit ungleicher Intensität zum Tragen kommen, sondern die auch auf verschiedene AdressatInnen ausgerichtet sind. Je nach vorliegenden Voraussetzungen können sie für Kinder und/oder Jugendliche innerhalb und außerhalb der Familie, auf ihre Eltern und/oder die gesamte Familie gewährt werden“ (Bock, 2002, S. 306). Allen „Hilfen zur Erziehung“ gemein ist die Schaffung einer erziehungsergänzenden und ausgleichenden Sozialisationsinstanz.

Die o.g. „Hilfen zur Erziehung“ können nach „ambulanten“ (z.B. Erziehungsbeistandschaften nach §30 SGB VIII), „teilstationären“ (z.B. die Erziehung in einer Tagesgruppe nach §32 SGB VIII) und „stationären“ (z.B. Heimerziehung nach §34 SGB VIII) unterschieden werden. Die hier vorliegende Schrift wird sich im Folgenden mit den ambulanten Erziehungshilfen beschäftigen.

1.2 Das Hilfeplanverfahren

Alle Erziehungshilfen unterliegen einem sogenannten Hilfeplanverfahren, welches im §36 SGB VIII beschrieben ist. Dieser Paragraph regelt die Mitwirkungspflicht der Adressaten und fordert die aktive Beteiligung der betroffenen Personen sowie die professionsübergreifende Kooperation aller beteiligten Fachkräfte.

Am Hilfeplanverfahren sind alle Betroffenen der jeweiligen Unterstützungsleistung in jeder Phase beteiligt. Dieser Prozess der Hilfeplanung geschieht während der gesamten Dauer einer Hilfe. „In einem ersten Schritt des Hilfeplanverfahrens werden die unterschiedlichen Interessen der Beteiligten in einem Beratungsprozess ausgehandelt. Daran sind Kinder, Eltern und die FamilienhelferIn beteiligt. Hier werden die Probleme in der Familie und die Veränderungswünsche formuliert. Den sozialpädagogischen MitarbeiterInnen kommt hier vor allem die Aufgabe zu, diesen Prozess zu moderieren und alle Betroffenen in die Formulierung der eigenen Interessen sowie der Problemdefinition mit einzubeziehen. Auf dieser Grundlage wird dann in einem zweiten Schritt der Hilfeplan erstellt, der für die Unterstützungsform bindend ist“ (Bock, 2002, S. 306).

In Dresden wird der Prozess der Hilfeplanung allgemein so gehandhabt, dass es am Beginn einer neuen Hilfe einen Zeitraum von 6 Wochen zum Kennenlernen der an der Hilfe beteiligten Personen gibt. In dieser Zeit soll eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zwischen dem Kind bzw. dem Jugendlichen und/oder der Familie geschaffen werden. Außerdem geht es in den ersten Wochen um die Erstellung der Praxisziele. Diese werden danach in einem weiteren Hilfeplangespräch schriftlich fixiert und die Hilfe bekommt ein sogenanntes „übergeordnetes Hilfeziel“, welches den gewünschten Istzustand bei Hilfebeendigung beschreiben soll. Im Hilfeverlauf finden Hilfeplangespräche i.d.R. aller 3 Monate statt, bei Bedarf – z.B. in Krisensituationen – auch in kürzeren Abständen. An der Hilfeplanerstellung sind i.d.R. der „junge Mensch“ (gemeint sind Kinder und Jugendliche bis zum 18. bzw. 27. Lebensjahr), die Personensorgeberechtigten, der Leistungserbringer sowie die jeweilige Fachkraft des ASD beteiligt. Weitere Beteiligte können bei Bedarf – z.B. der Klassenlehrer des jungen Menschen bei einer Schulproblematik – hinzugezogen werden.

1.3 Leistungserbringer

Leistungserbringer sind in dieser Betrachtung professionelle Fachkräfte, die im Auftrag des ASD eine „Hilfe zur Erziehung“ z.B. in Form einer Erziehungsbeistandschaft oder einer Sozialpädagogischen Familienhilfe leisten. Diese professionellen Fachkräfte sind entweder selbstständig tätig oder in irgendeiner Form für einen Freien Träger der Jugendhilfe (vgl. §3 und §4 SGB VIII) tätig. Als Grundlage der Leistungserbringung für den ASD dient eine in regelmäßigen Abständen zu erneuernde Leistungsvereinbarung, welche die Art der Leistungen des Leistungserbringers, das vom öffentlichen Träger aufzubringende Entgelt sowie die Qualitätsentwicklung des Leistungserbringers festschreibt.

Dies soll als Arbeitsdefinition an dieser Stelle genügen. Ausführliche rechtliche Definitionen und Erläuterungen sind z.B. bei Kunkel (2006) zu finden.

1.4 Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) und seine Aufgaben

Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) ist ein Fachdienst und untersteht dem Jugendamt des jeweiligen öffentlichen Trägers der Jugendhilfe (vgl. §3 SGB VIII), „[...] der Menschen in verschiedenen Problem- und Notlagen behilflich ist, ihre jeweils eigenen Lösungswege zu entwickeln und Selbsthilfe zu mobilisieren. Aber auch die Vermittlung und Begleitung weiterreichender Hilfen wird durch den ASD geleistet. Der ASD des

Jugendamt ist eine Anlauf- und Vermittlungsstelle für Menschen, die Beratung zu persönlichen, familiären und sozialen Problemen suchen, die im Zusammenhang mit Kindern und/oder Jugendlichen stehen.

Angebote und Aufgaben des ASD:

- Trennungs- und Scheidungsberatung (§17 SGB VIII): Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ASD stehen Hilfesuchenden zur Verfügung, um gemeinsam Lösungen bei Partner- und Familienkonflikten zu finden.
- Allgemeine Beratung in Erziehungsfragen (§16 SGB VIII): Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ASD stehen insbesondere Kindern, Jugendlichen und Eltern beratend zur Seite, wenn mal "nicht alles so glatt läuft" (z.B. Pubertät und Ablösungsprozessen vom Elternhaus, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern, Ausreißern von Gewalt und sexuellem Mißbrauch betroffenen Kindern, straffällig gewordenen Kindern und Jugendlichen, Kindern, Jugendliche und Eltern in akuten Notsituationen, Kinder und Jugendlichen in Schwierigkeiten mit den Eltern).
- Eingliederungshilfe für seelisch behinderte und für von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII).
- In den Fällen, bei denen eine Störung mit Krankheitswert bei Kindern oder Jugendlichen besteht, prüfen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ASD auf Antrag, ob eine seelische Behinderung besteht oder droht. Bei positivem Ergebnis können entsprechende Hilfen beim Jugendamt als Reha-Träger beantragt werden.
- Inobhutnahme von Kindern oder Jugendlichen (§ 42 SGB VIII):

Kinder und Jugendliche, die in einer extrem problembelasteten Situation leben, werden in eine sichere Unterkunft vermittelt (Inobhutnahme). Das Jugendamt ist dazu verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn es durch diese darum gebeten wird (§ 42 Abs.2 SGB VIII).
- Ebenfalls tätig werden muss das Jugendamt bei Gefährdungen des Kindeswohls gem. §§1666,1666a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). In diesen Fällen kann das

Jugendamt -hier der ASD- das Kind oder den Jugendlichen gegen den Willen der Personensorgeberechtigten anderweitig unterbringen (Herausnahme).

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen sich jedes Einzelfalles persönlich an. In gemeinsamen Gesprächen vermitteln sie zwischen verschiedenen Parteien und helfen, eine tragbare Lösung zu finden. Der ASD unterstützt das Familiengericht bei Fragen zum Sorge-, Umgangs- und Aufenthaltsbestimmungsrecht. Vor einer gerichtlichen Entscheidung nehmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ASD Kontakt zu den Familien auf. Hier können im Vorfeld einvernehmliche Vereinbarungen entwickelt werden. In Familienrechtssachen, bei denen Minderjährige betroffen sind, ist der ASD gem. §§ 49, 49a Gesetz über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) verfahrensbeteiligt. Nach Aufforderung durch das Gericht wird eine Stellungnahme zur Situation des Kindes abgegeben, die sich auf die durch die Eltern vorgeschlagenen Lösungen bezieht, aber auch eigene Vorschläge beinhalten kann.

Weiterhin berät und unterstützt der ASD die Menschen und beteiligte Behörden bei:

- Kindeswohlgefährdungen
- Betreuung von Kindern in Notsituationen
- Konfliktlagen von Schwangeren und Müttern
- Wohnungszuweisungsverfahren
- Privatinsolvenzen
- Namensänderungen
- Einrichtung von Vormundschaften für Minderjährige

Manchmal reicht reine Beratung nicht aus. In diesen Fällen ist es Personensorgeberechtigten möglich, einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung (§§ 27ff., 36 SGB VIII) beim ASD zu stellen. Gemeinsam wird dann ein Hilfekonzert entwickelt, Ziele festgelegt und beraten, welche Hilfen auf dem Weg dorthin notwendig sind. In Betracht kommen hier z.B. der Einsatz der Sozialpädagogischen Familienhilfe, der Einsatz der Ambulanten Dienste, Individualpädagogische Maßnahmen, u.a. Einzelbetreuungen oder besondere Betreuungsangebote - auch außerhalb des Elternhauses - wie Tagespflege, Betreutes Wohnen, Jugendwohnheime u.v.m.“ (Fachkräfteportal Dresden, 2014).

2. Sozialpädagogische Diagnostik

2.1 Annäherung zum Thema

Die Begriffe *Diagnose* oder *Diagnostik* sind in der sozialen Arbeit nicht vorbehaltlos zu nennen. Sie erinnern an Behandlung, Heilung und Unterwerfung als Patient, der in irgendeiner Form krank ist. In diesem Abschnitt möchte ich klären, warum es dennoch sinnvoll sein kann, sozialpädagogische Diagnosen in der sozialen Arbeit zu erstellen. Im Anschluss werden drei ausgewählte Diagnoseverfahren vorgestellt, die aus meiner Sicht den größten Stellenwert in der Arbeit zwischen ASD und ambulanten Erziehungshilfen haben.

Familien mit Kindern und Jugendlichen werden im SGB VIII als „Leistungsberechtigte“ verstanden, „[...] die bei „erzieherischem Bedarf“ Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen können. Bei der Planung und Ausgestaltung der Hilfe sollen sie beteiligt werden; die aktive „Mitwirkung“ der Familien beim Prozess der Hilfeplanung schreibt der Gesetzgeber sogar ausdrücklich vor (§36 KJHG)“ (Uhlendorff, 2010, S. 13). Es stellt sich daher die Frage, wozu dann noch eine Diagnostik notwendig ist, wenn doch alle Beteiligten am Hilfeprozess gemeinsam den Hilfebedarf aushandeln und die aktuelle Lebenslage der Hilfesuchenden beurteilen. „Diagnosen stehen, so die Kritiker, dem Verständnis einer modernen Jugendhilfe entgegen, die ihre Klienten als potentiell gleichberechtigte Partner aktiv einbeziehen und die „Entwicklung bzw. als Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (KJHG §1) unterstützen will“ (Uhlendorff, 2010, S. 13).

Wenn man sich dem medizinischen Verständnis der Begriffs Diagnose entfernt und den Begriff in seiner eigentlichen Bedeutung – Unterscheidung, Entscheidung, Erkenntnis – nähert, spricht einiges dafür, den Begriff Diagnose in der Jugendhilfe zu gebrauchen. In der Sozialen Arbeit brauchen Fachkräfte einen „[...] Durchblick, ein Auseinanderlegen, Sortieren und Gewichten von Aspekten mit dem Ziel, die Frage ‚was tun‘ zu beantworten“ (B. Müller, 1993, S. 53). Bei Diagnosen handelt es sich nur um begründete Vermutungen, die man der Kontrolle durch die Adressaten unterwerfen (Müller), in Frage stellen und korrigieren muss, um Stigmatisierungen zu vermeiden [...]“ (Uhlendorff, 2010, S. 13).

In der aktuellen Literatur „[...] um Anforderungen und Aufgaben Sozialer Arbeit – von der Begründung gezielter Bildungsförderung im Kindesalter über die Indikation für be-

sondere Hilfearrangements bis zur zielgenauen Leistungsgewährung und Ressourcensteuerung – wird die zentrale Funktion einer präzisen (sozial-) pädagogischen Diagnostik immer wieder betont. Auch für eine gelingende Kooperation mit Nachbarprofessionen z.B. in Psychiatrie oder Justiz scheint eine eigenständige sozialpädagogische Diagnostik unverzichtbare Grundlage. [...] Es bleibt eine erhebliche Differenz zwischen den erkennbaren Anforderungen der Praxis auf der einen und anerkannten Konzepten sowie verfügbaren Methoden auf der anderen Seite. Auch haben sich eindeutige und anerkannte Begriffe für solche Situations- und Fallanalysen noch nicht durchgesetzt: Sozialpädagogische Diagnosen, psychosoziale Diagnostik, ethnographische Fallarbeit, kollegiale Beratung und Fallverstehen – das sind Begriffe und Konzepte, die zz. die Diskussion bestimmen“ (Schrapper, 2004, S. 40).

Fachkräfte der Sozialen Arbeit sind in vielen Arbeitsfeldern in der Pflicht, mit ihren Einschätzungen folgenreiche Beurteilungen zu erstellen. „Diese Einschätzungen begründen oder verweigern sozialstaatliche Leistungen, ermöglichen Schutz vor Gefahr und Bedrohung oder lösen massive Eingriffe in die Privatsphäre von Menschen aus. [...] In den letzten Jahren ist die sozialpädagogische Profession zudem so häufig wie noch nie zuvor damit konfrontiert worden, dass ihre Urteilsfähigkeit strafrechtlich überprüft wurde. Mit geliehener Autorität aber ist der Anspruch, urteilsfähig im Hinblick auf die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen professionellen Handelns zu sein, kaum glaubwürdig einzulösen – und genau hier liegt ein „Knackpunkt“ in der Debatte um die Konzepte und Methoden sozialpädagogischer Diagnostik. [...] Allerdings sind in der sozialen Arbeit die Diagnosen anderer Disziplinen auch aus guten Gründen maßgeblich:

- *Medizinisch* ist der gesundheitliche Zustand einzuschätzen, um ggf. somatische Schädigungen/Abweichungen als Ursache für soziale Beeinträchtigungen auszuschließen bzw. eine gezielte Behandlung zu veranlassen;
- *Psychologisch* ist zu untersuchen, ob die seelische oder psychosoziale Entwicklung eines (jungen) Menschen vom altersgemäßen Entwicklungsstand abweicht; für sozialpädagogische Interventionen ist dies bedeutsam, um seelische Verletzungen und Schädigungen (Traumata) als Ursache für aktuelle Beeinträchtigung auszuschließen bzw. näher einzugrenzen und ggf. eine therapeutische oder pädagogische Intervention zu veranlassen.
- *Juristisch* ist zu beurteilen, ob Leistungsansprüche z.B. nach dem BSHG oder KJHG oder Eingriffsbefugnisse z.B. nach dem BGB oder PsychKG gegeben

sind, um konkrete Leistungen und ggf. sozialpädagogische Handlungsbefugnisse zu klären“ (Schrapper, 2004, S. 43f.).

Wenn es darum geht, eine eigenständige sozialpädagogische Diagnostik zu entwickeln, die den Diagnoseinstrumenten benachbarter Professionen stand halten kann, braucht es Voraussetzungen oder gemeinsame Bausteine, auf denen sozialpädagogische Diagnoseverfahren basieren. Schrapper (2004) führte hierzu aus: „Die Bausteine einer eigenständigen sozialpädagogischen Methodenlehre vom Verstehen und Beurteilen, also einer Diagnostik im strengen Wortsinne, müssten sechserlei systematisch verbunden ermöglichen:

- Zuerst die Systematische Sammlung und Verarbeitung eigener Daten und Fakten sowie Einschätzungen und Bewertungen anderer. Hauptproblem hierbei ist, „die Spreu vom Weizen zu trennen“, also das Bedeutsame vom Nebensächlichen zu unterscheiden; Instrumente hierzu sind Erfassungs- und Auswertungsraster, Genogramme und Fragenkataloge.
- Zu konfrontieren sind solche meist professionellen Faktensammlungen und Einschätzungen mit den Erfahrungen und Deutungen der Menschen, um die es geht. Es gilt, die Perspektive zu wechseln und andere Sichtweisen „zur Sprache zu bringen“. Instrumente können das klassische Erstgespräch und der Hausbesuch oder verschiedene Formen des Interviews sein. Bedeutsam ist, dass die gewählten Gesprächsformen Raum für Erzählungen eröffnen und nicht ausfragen, nur so kann der Eigen-Sinn und die Funktion biografischer Strategien und Muster der Lebensbewältigung gemeinsam „rekonstruiert“ werden.
- Damit aber nicht genug, ein Drittes muss hinzu kommen: Die Selbstreflexion des Helfersystems. Informationen und Bewertungen der „Hilfeschichte“ z.B. in einer tabellarischen Gegenüberstellung von Lebensgeschichte und Hilfesgeschichte mit wichtigen Stationen, Diagnosen, Interventionen, Konflikten, Erfolgen und Misserfolgen. Dies öffnet den Blick auf die Themen und Konflikte des Helfersystems, die durch einen „Fall“ und seine Dynamiken angeregt und verstärkt werden. Dieser selbstkritische Blick schützt einerseits die Klienten vor den „Stellvertreter-Konflikten“ ihrer Helfer und eröffnet dem Helfersystem andererseits diagnostische Zugänge über das Entschlüsseln von Gegenübertragung und Spiegelung. Schwierige Lebenssituationen anderer regen vor allem die eigenen Schwierigkeiten an, bei Menschen nicht anders als bei Organisationen.

Wenn man aber von den eigenen Schwierigkeiten etwas versteht, dann gibt es auch Chancen, von denen der anderen etwas zu begreifen.

- Weiter gilt es, die gewonnenen Einsichten und Deutungen „auf den Punkt zu bringen“ und Konsequenzen zu ziehen. Die zuvor gesammelten und bewerteten Informationen und Sichtweisen müssen zusammengeführt, bewertet und daraufhin ausgewertet werden, welche Schlussfolgerungen für sozialpädagogische Handlungsvorschläge oder Interventionen zu ziehen und zu konkretisieren sind.
- Und schließlich sind die sozialpädagogischen Deutungen und Beurteilungen den Menschen zurückzugeben, von denen und über die sie etwas erfahren wollten. Verstehen ist erst der Anfang, danach folgt die meist größere Anstrengung der Verständigung.
- Zu allerletzt und wiederum zuerst wäre gut zu dokumentieren und vor allem systematisch auszuwerten und zu reflektieren, also kurz zu evaluieren, welche Einschätzungen und Vorschläge sich als tragfähig für Entwicklung oder Schutz, Bildung oder Unterstützung erwiesen haben. Diese Evaluation ist die unverzichtbare Grundlage für Kontrolle und Weiterentwicklung und damit für die Legitimation der skizzierten „sozialpädagogischen Diagnostik“ (Schrapper, 2004, S. 50f.)

In den folgenden drei Abschnitten meiner Arbeit möchte ich verschiedene Diagnoseverfahren erläutern, um das bisher skizzierte Bild einer sozialpädagogischen Diagnose zu verdeutlichen.

2.2 Die Sozialpädagogische Familiendiagnose nach Uhlendorff

2.2.1 Einführende Beschreibung des Verfahrens

Uwe Uhlendorff ist Professor für Sozialpädagogik an der Fakultät Erziehungswissenschaft und Soziologie an der Technischen Universität Dortmund. Er beschäftigt sich mit dem Thema der Sozialpädagogischen Diagnostik seit den 1990er Jahren. „Der sozialpädagogische Diagnoseansatz war in erster Linie für Fachkräfte im Bereich Heimerziehung und Tagesgruppen gedacht und sollte zur Konkretisierung des Erziehungsplanes beitragen. An Jugendämter, insbesondere an Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes hatten wir zwar gedacht, aber die damalige Praxis der Hilfeplanung in den Ju-

gendämmern schien weit davon entfernt zu sein, ein solches Diagnoseverfahren aufzugreifen“ (Uhlendorff, 2010, S. 6).

Ziel dieses Ansatzes ist es, ein für Praktiker leicht zu handhabendes Diagnoseinstrument zu schaffen, welches im Prozess der Hilfeplanung die Entscheidung über die Art und Ausgestaltung einer zu gewährenden Hilfe unterstützt. Im Vordergrund der Informationsgewinnung steht „[...] das Erkennen der aktuellen Lebensaufgaben, deren Bewältigung Schwierigkeiten bereitet, und die Frage nach den Entwicklungsmöglichkeiten des Subjekts [...]. Unter diesen Voraussetzungen sollte man von sozialpädagogischen Diagnosen mindestens dreierlei erwarten können:

1. Eine genaue, möglichst dichte *Beschreibung* der Lebenslage der Betroffenen, ihrer wichtigsten biografischen Erfahrungen und Konfliktbelastungen.
2. *Hypothesen zur Lebensthematik* und zu denjenigen Entwicklungsaufgaben, mit denen das einzelne Individuum beschäftigt und überfordert ist.
3. *Prognosen* über die Bedingungen, unter denen die Betroffenen ihre Lebensaufgaben voraussichtlich leichter bewältigen und in ihrer Bildungsbewegung vorankommen können. “ (Uhlendorff, 2010, S. 154).

Nach Uhlendorff steht im Zentrum der Diagnose die Frage: „Mit welchen Tätigkeiten, mit welchen Lernsituationen muss ich den einzelnen oder eine Gruppe im Alltag konfrontieren? Wie muss das pädagogische Milieu beschaffen sein, um schwierige Lebensthematiken besser meistern zu können?“ (Uhlendorff, 2010, S. 155).

2.2.2 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen nach der sozialpädagogischen Familiendiagnose nach Uhlendorff geschieht im Wesentlichen 3 Schritten:

1. Es wird ein *Interview* mit den hilfesuchenden Familienangehörigen durch Mitarbeiter des ASD geführt. Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet oder handschriftlich protokolliert. Sie orientieren sich an einem Leitfaden, der sowohl Impulsfragen als auch standardisierte Fragen enthält.
2. *Auswertung des Interviews*: die so gesammelten Informationen werden im Team des ASD ausgewertet. „Alle signifikanten Mitteilungen und Beobachtungen werden in den folgenden 11 Kategorien festgehalten:

1. Familiengeschichte/biografische Erfahrungen
 2. Sozioökonomische Rahmenbedingungen (Einkommen, Arbeitssituation, Gesundheit, Wohnbedingungen)
 3. Erfahrungen mit öffentlichen Einrichtungen
 4. Familiäre Arbeitsteilung
 5. Familiäre Zeitstrukturen
 6. Erfahrungen mit der Kindererziehung
 7. Selbstbilder und Personenentwürfe
 8. Familiäre Interaktionserfahrungen, Bindungen, Fürsorge
 9. Informelles Unterstützungs- und Helfersystem
 10. Partnerschaftskonzepte
 11. Subjektiver Hilfeplan“ (Uhlendorff & Marthaler, 2004, S. 252).
3. *Herausarbeitung von Familienthemen:* In einer Analyse „werden die Problemdeutungsmuster aus der Sicht der Familienangehörigen in den Dimensionen eins bis elf identifiziert und die zentralen Familienthemen herausgearbeitet“ (Uhlendorff & Marthaler, 2004, S. 253).
 4. *Sozialpädagogische Aufgabenstellung:* Im vierten Schritt wird eine sozialpädagogische Aufgabenstellung entwickelt. Die Bearbeitung sollte eine Verbesserung der familiären Situation zur Folge haben.
 5. *Gespräch mit den Familien:* „Die ermittelten Familienthemen und sowie die Aufgabenstellung werden anschließend den Familienangehörigen vorgestellt und als Grundlage für die weitere Arbeit vorgeschlagen.

Im Unterschied zu anderen Diagnosen schließt sich an die sozialpädagogische Diagnose also kein Behandlungsplan an. Es findet vielmehr entlang der Ergebnisse der Diagnose ein Aushandlungsprozess zwischen den Fachkräften des Allgemeinen Sozialen Dienstes und den Familienangehörigen statt, in dem ein Gesamtplan entwickelt werden soll, der die Zustimmung aller Beteiligten findet“ (Uhlendorff & Marthaler, 2004, S. 253).

2.2.3 Diskussion

Die Sozialpädagogische Familiendiagnose ist demnach ein Instrument zur umfassenden Bedarfsklärung im Hilfeplanprozess. Je nach Bedarfslage oder Kontext können noch weitere Diagnostiken oder Leistungstests hinzugezogen werden, um einzelne Aspekte zielgenauer klären zu können.

Ein Vorteil der Sozialpädagogischen Familiendiagnostik liegt in der Anwendbarkeit: einerseits ist sie für die Fachkräfte im ASD zur Entwicklung einer fachlichen Sichtweise und zur Hilfeplanung eine wertvolle Ressource, andererseits kann sie auch von den Fachkräften der freien Träger zur Weiterentwicklung des Hilfeplanes oder zur Vertiefung einzelner Hilfeplanthemen verwendet werden. „Ein Diagnoseverfahren für Familien, das aus diesen Elementen besteht, kann [...] einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit leisten. Es bietet sich in Praxiskontexten, nicht nur bei der Hilfeplanung, sondern auch bei der sozialpädagogischen Begleitung der Familien als handhabbare Methode an. Es bildet eine wichtige Ergänzung zu anderen diagnostischen Verfahren (z.B. der Psychosozialen Diagnose), weil es die subjektive Problemsicht der Familien transparent macht und so einen Beitrag zur Stärkung der Position der Adressaten bei der Hilfeplanung ermöglicht“ (Uhlendorff, Cinkl, & Marthaler, 2005, S. 79).

2.3 Sozialpädagogische Diagnose-Tabellen – eine Arbeitshilfe des Bayerischen Landesjugendamtes

2.3.1 Einführende Beschreibung des Verfahrens

Die in diesem Abschnitt vorgestellten Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sind ein Beitrag des Bayerischen Landesjugendamtes zur Qualitätsentwicklung in der Kinder- und Jugendhilfe. Sie wurden seit 2001 entwickelt, und werden mit folgenden Ausgangslagen legitimiert:

„Die Handlungssicherheit der Fachkräfte bei der Gewährung der Hilfen zur Erziehung muss durch eine sozialpädagogische Diagnostik erhöht bzw. Unsicherheiten müssen weitgehend reduziert und das individuelle Risiko der Fachkräfte begrenzt werden. Außerdem benötigt der Bezirkssozialarbeiter fachliche Kenntnisse und Hinweise, mit deren Hilfe er in der Lage sein soll, eine mögliche akute Kindeswohlgefährdung zu erkennen. Er muss wissen, worauf er beim Vorfinden einer Situation achten soll, welche Indikatoren auf eine akute Kindeswohlgefährdung hinweisen und wie die Situation prognostisch bewertet werden kann. [...] Die Diagnose muss es ermöglichen, zukunftsgerichtete Handlungsperspektiven zu eröffnen. Dazu ist es erforderlich, ein einheitliches Verfahren in den Jugendämtern aufzubauen, das auch bis zu einem gewissen Grad überprüfbar

ist. Gleichzeitig muss die Eingangsdiagnostik eine effektive, ausführliche und differenzierte Feststellung des Hilfebedarfs bei Kindern und Jugendlichen ermöglichen und das Hilfeplanverfahren für alle Beteiligten transparenter und verständlicher gestalten“ (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 13).

Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sollen den Fachkräften ein Instrument an die Hand geben, um den festgestellten Hilfebedarf möglichst objektiv und fachlich „sicher“ einschätzen zu können und nichts Wesentliches übersehen zu haben. Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sind als Arbeitsmittel für den ASD entwickelt und dienen der allumfassenden Informationsgewinnung der Fachkräfte über den Klienten. Dies ist wiederum Grundlage für eine Diskussion im Fachteam zur Gewährung von erzieherischen Hilfen. „Die Kritik, dass der junge Mensch zum „Datenlieferanten“ degradiert wird, trifft nicht zu. So wird dem „Klienten“ nach dem Einsatz der Diagnose-Tabellen auch kein „Behandlungsplan“ vorgegeben, den er einzuhalten hat, sondern das Material der Diagnose-Tabellen kann die Grundlage für den Aushandlungsprozess zwischen dem jungen Menschen und der Fachkraft sein“ (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 14).

Weiter wird in dem Abschlussbericht der Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen ausgeführt: „Der Bezirkssozialarbeit wird damit ein strukturierendes Instrumentarium für die Eingangsdiagnostik im Vorfeld der Hilfen zur Erziehung nach §§ 27ff. SGB VIII zur Verfügung gestellt.

Zusammengefasst geht es dabei um ...

- eine möglichst effektive, ausführliche und differenzierte Feststellung des Hilfebedarfs,
- die Schaffung eines allgemein anerkannten fachlichen Standards,
- Transparenz – vor allem auch an den Schnittstellen,
- Legitimation – im Zweifelsfall sogar im Rahmen einer verwaltungsgerichtlichen Überprüfung,
- einen Beitrag zum „intelligenten“ Sparen, d.h. um die Wahl einer Hilfe, die am besten für den jungen Menschen geeignet, sachgerecht und damit letztlich kostengünstig ist.

- die Schaffung einer Grundlage für die Feststellung und Beurteilung von Veränderungen

Die Ansprüche an Diagnostik in der Kinder- und Jugendhilfe sind hoch. Das Ergebnis einer, wie es im Amtsdeutsch heißt, Prüfung der Leistungstatbestandsvoraussetzungen gemäß § 27 SGB VIII entscheidet nicht nur über den Einsatz finanzieller Mittel, sondern über das Schicksal von Kindern und Familien“ (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 15).

2.3.2 Einsatz der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Hilfeprozess

Die passgenaue Anwendung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im gesamten Hilfeplanungsprozess stellt eine wichtige Grundlage für die Effizienz des Arbeitsmittels dar. Mit einem Ablaufschema des Hilfeplanprozesses nach Harnach-Beck wird dies verdeutlicht. Das Ablaufschema ist in drei Phasen gegliedert:

- Phase 1: Problemsichtung und Beratung
- Phase 2: Klärung der individuellen Situation und Entscheidung über die Hilfe
- Phase 3: Erbringung der Hilfe und Rückmeldung über den Hilfeverlauf

„Der Einsatz der Diagnose-Tabellen zu Beginn der 2. Phase schließt mit einer zusammenfassenden Feststellung des erzieherischen Bedarfs gemäß § 27 SGB VIII ab. Hierzu hat das ZBFS einen entsprechenden Vordruck entwickelt. Dieser Vordruck fasst auf einen Blick die notwendigen Eckdaten zusammen und dokumentiert damit die Voraussetzungen für den Leistungstatbestand gemäß § 27 SGB VIII.

Sicherlich bietet das Ablaufschema einen idealtypischen Hilfeprozessverlauf, der in der Praxis in seiner Stringenz kaum einzuhalten ist. Dennoch verdeutlicht das Schema, dass die Diagnose-Tabellen *nach* der Klärung der Kindeswohlgefährdung einzusetzen sind und somit nicht durch ihre Komplexität die erste Problemsichtung behindern“ (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 16).

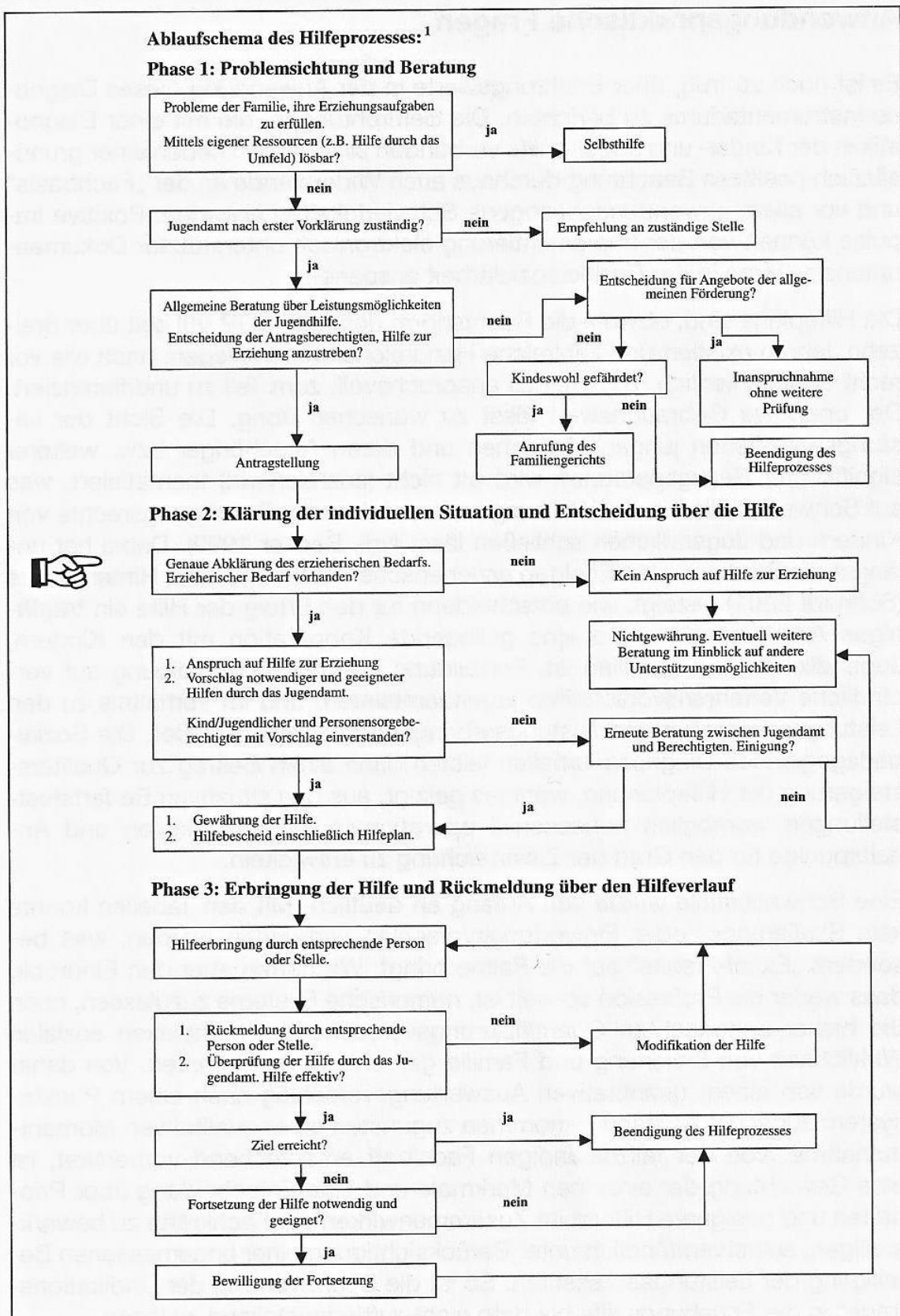


Abbildung 1: Ablaufschema des Hilfeprozesses (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 17)

2.3.3 Aufbau und Struktur der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen

„Die in der Studie evaluierten Diagnose-Tabellen stellen die Grundlage einer Eingangsdiagnose dar, in der Risiken und Ressourcen der Erziehung und Entwicklung eines jungen Menschen systematisch erfasst und beschrieben werden. Die Kategorien wurden in Anlehnung an standardisierte Analyseinstrumente wie die Child-Behavior-Checklist (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998 und 2000) und das multiaxiale Klassifikationsschema (Remschmidt & Schmidt, 1994) entwickelt; siehe hierzu auch Johnson (1996) sowie Mc-Donald und Marks (1991). Die Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen umfassen in der zur Evaluation vorgelegten ursprünglichen Fassung folgende Bereiche (s. Tabelle 1 und Tabelle 2):

Tabelle 1: Erleben und Handeln des jungen Menschen

<i>Risiken</i>	<i>Ressourcen</i>
körperliche Beschwerden	körperliche Gesundheit
seelische Störungen	seelisches Wohlbefinden
Leistungsprobleme	Leistungsvermögen
abweichendes Sozialverhalten	Sozialkompetenz
Autonomiedefizite	Autonomie
sonstige Risiken (offenes Feld)	sonstige Ressourcen (offenes Feld)

Abbildung 2: Erleben und Handeln des jungen Menschen (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 16)

Die jeweils fünf Bereiche der Risiken und Ressourcen der Tabelle „Erleben und Handeln des jungen Menschen“ umfassen jeweils 15 Items. Dies führt zu 150 Items, die sich auf das Erleben und Handeln des jungen Menschen beziehen.

Mit insgesamt 490 Items stellen die „Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen“ den umfangreichsten Teil der Diagnose-Tabellen dar (s. Tabelle 2). Diese gliedern sich in einen altersübergreifenden Kriterienkatalog zu den Risiken und Ressourcen der Familiensituation (108 Items) sowie einen altersspezifischen Teil zur Grundversorgung, Erziehung, Entwicklungsförderung und Integration (insgesamt 382 Items). Jeder Unterpunkt der vier letztgenannten Themenbereiche ist in altersspezifische Konkretisierungen gegliedert und diese wiederum jeweils in Risiken und Ressourcen, die Beispiele für vier Altersgruppen (0-3 Jahre, 3-6 Jahre, 6-14 Jahre und 14-18 Jahre) beinhalten und ebenfalls anzukreuzen sind. Sie können auch als eine Art Kommentar genutzt werden. Die Gesamtzahl der Items liegt bei 640“ (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 16ff.).

Tabelle 2: Erziehungs- und Entwicklungsbedingungen des jungen Menschen

1. Familiensituation	1.1 Familienstand	1.1.1 Familienstruktur
		1.1.2 Elterliche Sorge
		1.1.3 Aufenthalt des jungen Menschen
	1.2 Wirtschaftliche Situation	1.2.1 Einkommen
		1.2.2 Unterhalt
		1.2.3 Schulden
	1.3 Berufl. Situation der Eltern	1.3.1 Schulbesuch u. Berufsausbildung
		1.3.2 Erwerbstätigkeit
		1.3.3 Arbeitszeit
	1.4 Wohnverhältnisse	1.4.1 Wohnraum
		1.4.2 Wohnumfeld
		1.4.3 Soziales Netz
	1.5 Elternbiografien	1.5.1 Kindheit der Eltern
		1.5.2 Belastende Vorkommnisse
		1.5.3 Frühere Partnerschaften
	1.6 Aktuell belastende Lebensereignisse	1.6.1 In der Familie
		1.6.2 Äußere Umstände
		1.6.3 Traumatische Erfahrungen
2. Grundversorgung	2.1 Gesundheit	2.1.1 Verletzung / Krankheit / Behinderung
		2.1.2 Arztbesuche
		2.1.3 Medikation
		2.1.4 Schlaf
	2.2 Ernährung	2.2.1 Menge
		2.2.2 Ausgewogenheit
		2.2.3 Regelmäßigkeit
	2.3 Hygiene	2.3.1 Körperpflege
		2.3.2 Kleidung
	2.4 Aufsicht	2.3.3 Haushalt
		2.4.1 Gewährleistung
		2.4.2 Ge- u. Verbote
		2.4.3 Schutz vor Gefährdungen
3. Erziehung	3.1 Bezugspersonen	3.1.1 Kontinuität
		3.1.2 Erziehungskompetenz
		3.1.3 Lebenseinstellung
	3.2 Familiäre Beziehungen	3.2.1 Partnerschaft der Eltern
		3.2.2 Eltern-Kind-Beziehung
		3.2.3 Geschwisterbeziehungen
		3.2.4 Zu sonstigen Familienmitgliedern
	3.3 Familienklima	3.3.1 Respekt / Wertschätzung
		3.3.2 Wärme / Geborgenheit
		3.3.3 Offenheit / Konfliktbewältigung
		3.3.4 Anregung / Unterstützung
	3.4 Erziehungsleitende Vorstellungen	3.4.1 Strukturierter Tagesablauf
		3.4.2 Regeln u. Grenzen
		3.4.3 Lebenspraktische Fertigkeiten
		3.4.4 Selbstständigkeit
4. Entwicklungsförderung	4.1. Körperliche Entwicklung	4.1.1 Größe / Gewicht
		4.1.2 Sinnesorgane
		4.1.3 Motorik
	4.2 Geistige Entwicklung	4.2.1 Intelligenz
		4.2.2 Sprache
		4.2.3 Kulturtechniken
	4.3 Seelische Entwicklung	4.3.1 Emotionen
		4.3.2 Persönlichkeit
		4.3.3 Frustrations- / Aggressionsbewältigung
	4.4 Soziale Entwicklung	4.4.1 Normen u. Werte
		4.4.2 Kommunikation / Kooperation
		4.4.3 Sexualität
5. Integration	5.1 Familie	5.1.1 Integration im Familienverband
		5.1.2 Umgangskontakte
		5.1.3 Feste u. Feiern
	5.2 Umfeld	5.2.1 Wohnumfeld
		5.2.2 Kontakte zu Gleichaltrigen
		5.2.3 Kulturelle Integration
	5.3 Bildung	5.3.1 Ort
		5.3.2 Besuch
		5.3.3 Leistungsniveau
		5.3.4 Soziale Position
	5.4 Freizeit	5.4.1 Zugangsmöglichkeiten
		5.4.2 Freizeitgestaltung
		5.4.3 Medienkompetenz

Abbildung 3:
Erziehungs-
und Ent-
wicklungs-
bedingungen
des jungen
Menschen
(Macsenaere,
Paries, &
Arnold, 2005,
S. 16/17)

Ob die jeweilige Fachkraft die Tabellen nur als Checkliste oder Gesprächsleitfaden nutzt, bleibt ihr überlassen. Ein Auswertungsverfahren wurde von den Verfassern der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen bewusst nicht angeboten, damit keine automatisierte Auswertung stattfinden kann. Somit müssen die Fachkräfte des ASD, wie eingangs beschrieben, mit den Tabellen als Grundlage über die geeigneten Hilfeformen beraten und diese anschließend mit den Hilfeempfängern aushandeln.

2.3.5 Diskussion

Die im Jahre 2001 vom Bayrischen Landesjugendamt herausgegebenen Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen sind in ihrer oben beschriebenen ersten Fassung der Versuch, ein Instrument zu schaffen, welches zur Strukturierung und Informationsbeschaffung bei der Planung und Installation einer geeigneten Hilfe zur Erziehung die Fachkräfte im ASD unterstützen kann. Die Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen im Jahre 2005 kam u.a. zu folgenden „[...] Empfehlungen für eine optimierte Fassung der Diagnose-Tabellen:

Zum Aufbau und Inhalt:

- Der Feststellung des erzieherischen Bedarfs sollte eine Feststellung der Kindeswohlgefährdung vorangestellt werden. Diese Tabelle sollte ausschließlich Risikomerkmale beinhalten, die in der darauffolgenden Tabelle zum erzieherischen Bedarf aufgegriffen und vertieft werden können.
- Die Tabellen zum erzieherischen Bedarf sollten sowohl Risikomerkmale als auch Ressourcen beinhalten; wobei keine Notwendigkeit besteht, jedem Risiko auch eine Ressource gegenüberzustellen. Dies sollte von den jeweiligen Inhalten abhängig gemacht werden.
- Familiengeschichtliche, biografische und anamnestiche Informationen sollten ergänzend aufgenommen werden.
- Die Tabellen sollten so komprimiert werden, dass sie leichter und effektiver zu handhaben sind. Dazu zählt, dass die Items mit einem inhaltlich begründeten Filter versehen sind. So müssen z.B. Fragen zum Migrationshintergrund entfallen, wenn keiner existiert, oder bei einem Kleinkind Items, die sich auf die Schule und Berufsausbildung beziehen.
- [...]

Zur Handhabung:

- [...]
- Notwendig ist eine Hilfestellung zur Auswertung der Tabellen und damit auch eine Verknüpfung mit Entscheidungshilfen für die Auswahl der notwendigen und geeigneten Hilfeart (Indikation), ohne diese automatisieren zu wollen. Dazu eignen sich die in Abschnitt 3.4.3 beschriebenen Prognosemodelle, die das multivariate Wirkungsgefüge der Hilfen zur Erziehung berücksichtigen und die Tauglichkeit der infrage kommenden Hilfen differenziert abbilden.
- [...]

Zur Implementierung:

- Damit die Diagnose-Tabellen zu einem Standardverfahren in der Sozialarbeit des Jugendamts werden, ist es erforderlich, dass sie in das jeweilige Hilfeverfahren integriert werden.
- Dafür müssen die Abläufe und das Formularwesen innerhalb der Verwaltung angepasst werden.
- [...]
- Die Implementierung der Diagnose-Tabellen muss als Steuerungsaufgabe der Leitungskräfte gesehen und umgesetzt werden.
- [...]

Der Implementierungsprozess sollte durch entsprechende Begleitung im Jugendamt und durch externe Fortbildung unterstützt werden“ (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 222).

Leider lag mir bis kurz vor Fertigstellung dieser Arbeit die aktuelle Fassung der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen nicht vor, sodass hier nicht auf die aktuelle Fassung eingegangen werden kann. Nach kurzer Sichtung der aktuellen Version von 2013 kann ich dieses Instrument der Diagnostik nicht nur zur Bedarfsklärung im ASD vorstellen, sondern es ebenfalls für die Fachkräfte in ambulanten Erziehungshilfen als wirksames Controlling-Instrument vorstellen.

2.4 Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen und ihre Bedeutung für die Arbeit im ASD nach Schrapper

2.4.1 Einführende Beschreibung des Verfahrens

Christian Schrapper (2012) stellt eine weitere Methodik vor, wie sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Praxis gelingen kann. Er versteht Sozialpädagogische Diagnose als ein prozesshaftes Vorgehen mit den zentralen Aufgaben, Fakten zu sammeln und zu ordnen, verschiedene Perspektiven auf einen Fall einnehmen zu können sowie Hypothesen darüber aufstellen und verwerfen zu können. Er geht davon aus, dass Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen „auf Prozesse der Erziehung und Bildung von Kindern bezogen [sind] – also darauf, welche Bilder von sich selbst und der Welt sich Kinder aneignen konnten bzw. ihnen von Erwachsenen vermittelt wurden. Diese Selbst- und Weltbilder sind zentrale Anknüpfungspunkte für Angebote und Leistungen der „Hilfe zur Erziehung“ für Eltern ebenso wie für eine Unterstützung und Förderung der Selbstbildung junger Menschen. Zu verstehen und zu durchblicken ist dabei oft auch problematisches, schwieriges und störendes Verhalten von Kindern und Jugendlichen. [...] Die Widersprüche, Spannungen und Brüche in der Lebens- und Lerngeschichte eines Menschen zu verstehen, ist die wesentliche Aufgabe sozialpädagogischer Diagnosen in Ergänzung zu anderen diagnostischen Zugängen“ (Schrapper, 2012, S. 199).

2.4.2 Methodisches Vorgehen

Schrapper führt aus, dass es zusammengefasst vier Spannungsfelder sind, die methodisch strukturiert durch systematisches und reflektiertes Vorgehen „[...] balanciert werden müssen:

- aus mehreren Perspektiven auf den Fall blicken;
- sowohl Daten und Fakten systematisch zusammentragen und auswerten als auch subjektive Sichtweisen und Vorstellungen hören und verstehen;
- die eigene Beteiligung und die des Helfersystems kritischer Selbstreflexion unterziehen;
- eine eigene Interpretation und Position als professioneller Experte entwickeln und zugleich dialogbereit um Verständigung mit dem Adressat bemüht sein“ (Schrapper, 2012, S. 202) .

Weiterhin erörtert er, dass in jeder sozialpädagogischen Diagnose „[...] immer drei Themen und Fragestellungen zu bearbeiten [sind]:

1. Welche Daten und Fakten geben Auskunft über aktuelle Lebenslagen und hierfür prägende Lebensgeschichten? Dabei sind zu unterscheiden:
 - a. Daten und Fakten insbesondere zu aktuell kritischen Lebensereignissen; Familien – und lebensgeschichtliche Ereignisse und Verläufe, sozio-ökonomische Verhältnisse und Bedingungen; Beeinträchtigungen und Gefährdungen; Ressourcen und Potentiale.
 - b. Aufzunehmen und zu ordnen sind ebenfalls Aufträge und Erwartungen von Eltern und Kindern, anderen Bezugspersonen in Familie und sozialem Netz ebenso wie die anderer Institutionen und Fachpersonen.
2. Wie sehen und verstehen Kinder und Eltern selbst ihre aktuelle Situation und was wünschen und befürchten sie, wenn das Jugendamt tätig wird bzw. sich „einmisch“? Die subjektiven Erfahrungen, Sichtweisen und Einschätzungen der Mütter und Väter, ihrer Kinder sowie anderer Schlüsselpersonen aus den Familien und dem Umfeld sind anzuhören, aufzunehmen und zu verstehen. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, Kinder und Eltern anzuregen, von ihren Sichtweisen, Wünschen und Befürchtungen zu erzählen, ohne dass diese nach den Kriterien Wahrheit und Realitätstauglichkeit bewertet werden.
3. Welche Erfahrungen haben Kinder und Eltern bisher mit öffentlicher Hilfe und Einmischung machen können und welche Erfahrungen haben die beteiligten Helfer mit dieser Familie gemacht? Die bisherige Hilfegeschichte muss erfasst und interpretiert werden, um zu verstehen, welche Vorstellungen und Erwartungen das Bild der Helfer von der Familie prägen, und welche Auffassungen der Helfer von den Angeboten, die in der Familie wirksam werden, zum Tragen kommen“ (Schrapper, 2012, S. 203).

Fundamental für jede sozialpädagogische Diagnose sind die Erkenntnisse und die Wechselwirkungen aus den o.g. Themenfeldern. Hieraus ergeben sich Ansatzpunkte für Unterstützung und Hilfe, die für alle Beteiligte akzeptabel sind.

Eine fundierte sozialpädagogische Diagnose erfordert laut Schrapper (2012) mindestens sechs verschiedene Perspektiven auf einen Fall, bei Bedarf sind auch mehr Perspektiven durch den Einsatz weiterer Instrumente denkbar und evtl. sinnvoll. Er schlägt für jede

Perspektive je ein Basis-Instrument vor, welche aus dem großen Methodenfundus der Sozialen Arbeit stammen. „Das „Sozialpädagogische“ in der Arbeit mit diesen Instrumenten ist neben dem systematischen „Perspektivenwechsel“ der Wahrnehmungs- und Erkenntnisperspektiven vor allem die dabei methodisch gestaltete Balance von professioneller Expertise und respektvoller Verständigungsbereitschaft“ (Schrappner, 2012, S. 204).

Im Einzelnen schlägt er diese Standard-Instrumente vor:

- Genogramm
- Chronologische Gegenüberstellung von Familien- und Hilfestgeschichte
- Netzwerkkarten
- Ressourcenkarten
- ein Diagnose-Instrument zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung (Vorschlag: Stuttgarter-Kinderschutzbogen)
- Szenisches Fallverstehen.

2.4.3 Diskussion

„Das hier als grundlegender Standard vorgeschlagene Konzept einer sozialpädagogischen Diagnostik für die Aufgaben im Kinderschutz zeichnet sich durch folgende Faktoren aus:

1. Es handelt sich um ein klar strukturiertes Gesamtkonzept mit drei Materialzugängen für jede Diagnostik: Fakten, subjektive Sichtweisen, Reflexion der Hilfestgeschichte.
2. Es ist anschlussfähig an vorhandene Instrumente und Verfahren, auch für den Kinderschutz.
3. Es fordert den immer unverzichtbaren Perspektivenwechsel heraus:
 - a. erster Blick: Was läuft falsch/stört/gefährdet? Was begründet die Hilfe/Intervention?
 - b. zweiter Blick: Was wird gewollt und gekonnt? Welcher Ansatz für Hilfe und (Re-)Aktivierung kann gefunden werden?
4. Verbindliche Prüfungsfragen **vor** jeder Entscheidung werden vorgegeben und müssen bearbeitet werden.

5. Es fordert Beteiligung von Eltern und Kindern heraus und unterstützt einen konstruktiven Dialog mit Eltern auch in Krisen und Belastungssituationen.
6. Es ermöglicht, dass akzeptierte Kriterien für fallbezogene Überprüfung ebenso wie für Evaluationen oder das Fach- und Finanzcontrolling erarbeitet werden“ (Schrapper, 2012, S. 206).

Die hier von Christian Schrapper (2012) vorgestellte Diagnostik eignet sich nicht nur im ASD zum Fallverstehen, sondern kann m.E. auch sehr gut von ambulanten Fachkräften, wie z.B. Familienhelfern oder Erziehungsbeiständen, eingesetzt werden, um ein tieferes Verständnis der aktuellen Familiensituation, den Erwartungen und Wünschen und der Hilfeperspektive zu erhalten.

3. Quantitative Forschung – Befragung von Fachkräften aus dem ASD und ambulanten Leistungserbringern

3.1 Auswahl der Forschungsmethode und Hypothesenbildung

In den bisherigen Ausführungen zum Thema Sozialpädagogische Diagnosen zur Hilfeplanung bzw. zur Einschätzung der geeigneten Hilfeart wurde deutlich, dass Kommunikation zwischen allen am Hilfeprozess beteiligten Personen eine fundamentale Voraussetzung zum Gelingen einer ambulanten Erziehungshilfe darstellt. Vor der Installation einer Hilfe zur Erziehung muss der ASD – mit welcher Methode auch immer – zu einer fachlichen Einschätzung kommen und eine Aussage treffen, welche Hilfemaßnahme für den jeweiligen Fall am geeignetsten ist. Hierfür sind Gespräche mit den Adressaten notwendig und die Erhebung von Informationen über die Hilfesuchenden, z.B. mit Hilfe einer Sozialpädagogischen Diagnostik. An diesem Prozess sind die Leistungserbringer von ambulanten Erziehungshilfen (meist) nicht beteiligt, da in diesem Verfahrensschritt des Hilfeplanprozesses noch nicht fest steht, welche Hilfe angemessen und geeignet ist.

Meine Forschungshypothese bezieht sich im Wesentlichen auf folgende Fragen:

- Werden die vom ASD zusammengetragenen und strukturierten Informationen bei Hilfebeginn an die ambulanten Fachkräfte weitergegeben?

- Welche Informationen bekommen Leistungserbringer im Vorfeld einer Hilfe zur Erziehung und welche Informationen würden sie sich wünschen?
- Verwenden ASD-Mitarbeiter in Dresden die Methodik einer Sozialpädagogischen Diagnose zur Einschätzung des Hilfebedarfs?

Meine Forschungshypothese lautet: Die Fachkräfte des ASD Dresden stellen prinzipiell viele Informationen zu Hilfebeginn zur Verfügung. Diese werden jedoch oft nicht von den ambulanten Leistungserbringern abgerufen.

Zur Durchführung meiner Befragung habe ich zwei verschiedene Online-Fragebögen erstellt. Beide Fragebögen weichen inhaltlich in den Frageformulierungen insoweit ab, dass sie sich auf das jeweilige Arbeitsfeld – ASD oder Leistungserbringung von Ambulanten Erziehungshilfen – beziehen. Ich habe mich für diese quantitative Erhebungsmethode entschieden, da ein Fragebogen im Onlineformat gut zu streuen ist, diese Methode bei den Fachkräften im ASD sowie dem ambulanten Bereich bekannt ist, das Ausfüllen mit der Beantwortung der Fragen schnell geht und keine weiteren zeitlichen oder materiellen Ressourcen bei den Befragten einnimmt.

Den fertigen Fragebogen habe ich per Email an 67 ASD-Mitarbeiter im Jugendamt der Stadt Dresden verschickt, davon haben 22 Fachkräfte meinen Fragebogen beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von rund 33 Prozent. Bei den ambulanten Fachkräften habe ich 18 Kollegen verschiedener Träger angesprochen, wovon leider nur 4 den Fragebogen vollständig beantwortet haben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 22 Prozent. Es ist demnach festzuhalten, dass die Umfrage eher im Bereich einer Stichprobe angesiedelt und nicht als repräsentative Umfrage zum Thema zu verstehen ist. Dennoch sind die Ergebnisse sehr interessant und aufschlussreich.

3.2 Auswertung und Diskussion der Fragebögen

Die kompletten Fragebögen mit allen Fragen und dazugehörigen Antworten befinden sich im Anhang dieser Arbeit. Im Folgenden möchte ich lediglich die Antworten zusammenfassen und kommentieren.

Die 1. Frage in beiden Fragebögen bezog sich auf die zurzeit betreuten Fälle. Bei den ASD-Fachkräften ist eine sehr hohe Falldichte von bis über 30 Fälle gleichzeitig pro

Fachkraft erkennbar. Die Rückmeldung der Leistungserbringer lässt erkennen, dass eine Fallzahl zwischen 6 bis 8 Fällen gleichzeitig vorherrscht. Zu den Fallzahlen ist kritisch anzumerken, dass hier nicht bekannt ist, wieviel Arbeitszeit pro Woche der einzelne Befragte arbeitet. Für die ambulanten Fachkräfte kann ich aus eigener Erfahrung überschlagen, dass bei 7 Fällen gleichzeitig und einer durchschnittlichen Stundenkapazität von 6 Fachleistungsstunden pro Woche und Fall eine theoretische Wochenarbeitszeit von 42 Stunden zum tragen käme. Aus persönlichen Gesprächen mit ASD-Fachkräften ist mir bekannt, dass eine Fachkraft im ASD mit einer Vollzeitstelle von 40 Wochenstunden mit bis zu 30 Fällen gleichzeitig am oberen Limit der Belastungsgrenze arbeitet. Hier ist aus den Antworten zu erkennen, dass 14 von 22 ASD-Fachkräften anscheinend über dieses Maß gefordert sind.

Frage 2 im Fragebogen an die ASD-Fachkräfte bezog sich auf die Unterlagen, die zu Beginn einer ambulanten Hilfe der ASD nach Vorschrift des Jugendamtes bereitstellt. Hier ist in den Antworten zu erkennen, dass von Seiten des ASD umfassende Informationen zu erwarten sind. In allen Antworten sind Genogramme, Netzwerkkarten und Ressourcenkarten enthalten. Zwar sind die Ressourcenkarten nicht bei allen Antworten explizit benannt, dennoch sind sie Teil der zur Verfügung gestellten Hilfeplanunterlagen. Unklarheiten gibt es in der Handhabung der Vollständigkeit der Hilfeplanunterlagen. Hier gibt es anscheinend unterschiedliche Auffassungen, welche Informationen für den Leistungserbringer relevant sind. Eventuell hängt die unterschiedliche Handhabung der Informationen Weitergabe auch mit datenschutzrechtlichen Vorgaben zusammen, dies wurde an dieser Stelle nicht näher untersucht. In einer Antwort ist erkennbar, dass von Seiten des ASD zwar umfassende Informationen bereitgehalten werden, allerdings oftmals von Seiten der Leistungserbringer nur wenige Informationen eingefordert oder erwartet werden, um unvoreingenommen an eine neue Hilfe zur Erziehung herangehen zu können. Dieses Vorgehen hat gewiss Vorteile, dennoch sind umfassende Informationen zu Beginn einer Hilfe meist wünschenswert. Hieraus ist erkennbar, dass es unterschiedliche Arbeitsweise und Herangehensweisen in der Gestaltung von Hilfeanfängen im Bereich der ambulanten Erziehungshilfen gibt.

Die Leistungserbringer wurden nach den zur Verfügung gestellten Informationen und Materialien (Frage 2) und den für einen optimalen Hilfestart wünschenswerten Informationen (Frage 3) befragt. Hier ist eine Diskrepanz zur Aussage der ASD-Fachkräfte er-

kennbar. Während aus den Antworten der Frage 3 erkennbar ist, dass sich die ambulanten Leistungserbringer umfassende Informationen wünschen würden, kann aus den Antworten der Frage 2 geschlussfolgert werden, dass in der Praxis die Leistungserbringer teils sehr wenige Informationen erhalten. Ob dies aus methodischen Gründen auf Seiten der Leistungserbringer heraus geschieht oder nur auf mangelnder Nachfrage basiert, bleibt Spekulation. Zusammenfassend kann hier konstatiert werden, dass der ASD in Dresden scheinbar sehr umfassende Informationen für die ambulanten Leistungserbringer zur Verfügung stellt, diese aber von den Leistungserbringern zwar gewünscht, dennoch meist nicht abgefordert werden.

Die Fragen 3 und 4 (ASD-Fragebogen) bzw. 4 und 5 (Leistungserbringer-Fragebogen) beschäftigen sich mit der Anzahl der Gespräche im Vorfeld einer Hilfe. Während die Mehrzahl der ASD-Fachkräfte angibt im Vorfeld einer Hilfe mehr als 4 Gespräche mit den Klienten zu haben und mind. 2 Gespräche mit potentiellen Leistungserbringern, ist aus den Antworten der Leistungserbringer ersichtlich, dass hier sowohl mit dem ASD als auch mit den Adressaten einer neuen Hilfe nur jeweils 1 Gespräch im Vorfeld stattfindet. Dies kann sich auch fachlich begründen lassen. Die ASD-Fachkraft muss mehrfach mit dem Antragsteller ins Gespräch kommen, da – wie schon in den vorigen Kapiteln beschrieben – im Vorfeld einer ambulanten Erziehungshilfe ein Prozess geprägt von Beratung, Anamnese, Diagnose und Teamberatung mit Lösungsfindung stattfinden muss. Auch geht oftmals bis zur Antragstellung über eine Hilfe zur Erziehung ein langwieriger Beratungsprozess voraus. Der ambulante Leistungserbringer hingegen kommt meist erst nach der Feststellung der Hilfeart hinzu. Hierfür werden i.d.R. in einem Gespräch mit der ASD-Fachkraft die Rahmenbedingungen geklärt und Informationen über die Adressaten ausgetauscht und in einem Gespräch zwischen Leistungserbringer und Adressaten stellt sich der Leistungserbringer bei der entsprechenden Familie vor und es wird ausgelotet, ob eine gemeinsame Arbeit denkbar ist. Da die Adressaten ein Wunsch- und Wahlrecht nach §5 SGB VIII haben, müssen die Adressaten sich für oder gegen den Leistungserbringer entscheiden und ihre Entscheidung der ASD-Fachkraft mitteilen.

Die Frage zu den Hausbesuchen sieht ähnlich aus. Während die Leistungserbringer einstimmig antworten (Frage 6 Leistungserbringer-Fragebogen) und demnach nur einen Hausbesuch vor Beginn einer Hilfe durchführen, machen manche ASD-Fachkräfte auch

mehrere Hausbesuche (Frage 5 ASD-Fragebogen) im Vorfeld einer neuen Hilfe zur Erziehung.

Bei der Frage, ob die Kinder vor Beginn einer ambulanten Hilfe bekannt sind, gab es Antworten, die m.E. bedenklich scheinen. So geben 5 von 17 ASD-Fachkräften an (Frage 6 ASD-Fragebogen), die Kinder nur „manchmal“ (1) oder lediglich „öfter“ (4) kennen zu lernen. Bei den Leistungserbringern sieht es ähnlich aus (Frage 7 Leistungserbringer-Fragebogen); hier geben immerhin 2 von 4 Fachkräften an, dass sie die Kinder nur „manchmal“ kennenlernen. Erwartet hätte ich hier, dass alle Befragten mit „immer“ antworten, da es die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist, Kinder und Jugendliche in ihrer individuellen Entwicklung zu fördern und zur Verbesserung ihrer Lebensverhältnisse beizutragen (vgl. §1 SGB VIII). Dies kann aber nur geschehen, wenn die jeweiligen Fachkräfte auch die Kinder und Jugendlichen vor Beginn einer ambulanten Erziehungshilfe kennengelernt und gehört haben. Gerade aus Sicht einer ASD-Fachkraft ist dies m.E. unumgänglich, um die richtige Hilfeentscheidung treffen zu können. Auch für die gemeinsame Arbeit zwischen Leistungserbringer und der Familie im Sinne des SGB VIII ist aus meiner Sicht vor Beginn einer Hilfe mit allen Familienmitgliedern – also auch mit den Kindern und/oder Jugendlichen – zu klären, ob eine gemeinsame Arbeit, die auf gegenseitigem Respekt und gegenseitiger Achtung basiert, denkbar wäre.

Hingegen die Antworten zur Frage nach den Netzwerken erstaunt weniger und wurden auch so ähnlich erwartet. Während die Leistungserbringer (Frage 8 Leistungserbringer-Fragebogen) „nie“ oder nur „manchmal“ das Netzwerk der betreffenden Adressaten im Vorfeld einer Hilfe kennenlernt, ist dies bei der ASD-Fachkräften (Frage 7 ASD-Fragebogen) mehrheitlich „immer“ bzw. „öfter“ der Fall. Dies ist begründbar durch die Tatsache, dass manche Hilfen durch die Kontaktaufnahme z.B. der Schule zum ASD über ein Kind oder Jugendlichen den Kontakt zur Herkunftsfamilie ermöglicht. Ebenfalls wird in der Anamnese zu einem Fall bzw. spätestens bei einer möglichen sozialpädagogischen Diagnose auch das Umfeld und somit das Netzwerk einer Familie betrachtet. Der Leistungserbringer hat im Gegensatz hierzu vor Beginn einer ambulanten Erziehungshilfe gar keinen Grund bzw. auch keine rechtliche Grundlage, Kontakt mit dem Netzwerk einer Familie aufzunehmen.

In der letzten Frage (Frage 9 Leistungserbringer-Fragebogen) wurden die Leistungserbringer nach der Häufigkeit der Erstellung einer sozialpädagogischen Familiendiagnose

durch den ASD befragt. Hier ist erstaunlich, dass 2 von 4 Befragte mit „nie“ antworten und die Antwort „immer“ gar nicht vorkommt. Dies ist evtl. auf Kommunikationsdefizite zurückzuführen, wie auch schon unterschiedlichen Wahrnehmungen zur Informations- und Materialbereitstellung vor Beginn einer Hilfe feststellbar war.

Die Fachkräfte des ASD hingegen bestätigen mehrheitlich (Frage 8 ASD-Fragebogen), dass eine sozialpädagogische Familiendiagnose – nach welcher Methodik auch immer – durchgeführt wird. Auch überrascht aus schon beschriebenen Gründen nicht, dass diese meist ohne den Leistungserbringer stattfindet (Frage 9 ASD-Fragebogen). In den 3 von 17 Fällen, in denen der Leistungserbringer hinzugezogen wurde, kann vermutet werden, dass hier spezielle Leistungen bzw. Hilfekonstrukte für die betreffenden Adressaten installiert werden sollten, wo es durchaus Sinn machen kann, den Leistungserbringer der speziellen Hilfeart vor Beginn einer Hilfe mit einzubeziehen.

4. Zusammenfassung

In der aktuellen Literatur wird beschrieben, dass die Kinder- und Jugendhilfe insgesamt, aber auch insbesondere der Bereich der Hilfen zur Erziehung, sich einem immer stärkeren Legitimationsdruck unterwerfen muss. Im Hinblick auf die knappen öffentlichen Gelder und öffentlicher Kritik bei skandalträchtigen Ereignissen mit Todesfolgen aus den letzten Jahren müssen fachliche Entscheidungen der Mitarbeiter in den ASD's nicht nur transparent nachvollziehbar, sondern auch gerichtsverwertbar gestaltet sein. „Sozialarbeit geht damit über den individuellen fachlichen Anspruch nach einer „richtigen“ Entscheidung hinaus und muss sich vor allem als rechtlich normiertes Verwaltungshandeln darstellen. Es muss ein nachvollziehbarer und begründeter fachlicher Standpunkt eingenommen werden, der auf möglichst objektivierbaren Kriterien basiert. Angesichts einer Vielzahl von Kindern, die sich in einer ausgesprochen belasteten und gefährdeten Lebenslage in unserer Gesellschaft befinden, wächst die Notwendigkeit einer hochqualifizierten und effektiven Jugendhilfe, die in der Lage ist, frühzeitig, angemessen und nachhaltig auf diese Problematik zu reagieren“ (Macsenaere, Paries, & Arnold, 2005, S. 11).

Soziale Arbeit bewegt sich immer im Spannungsfeld zwischen Hilfe und Kontrolle, Elternrecht und Kinderschutz, Nähe und Distanz. Um qualifizierte Hilfeentscheidungen treffen und begründen zu können, bedarf es Standards in der Methodik des Erkenntnisgewinns über Familien und ihre spezifischen Probleme. Die Wissenschaft ist nach wie vor auf der Suche nach einer einheitlichen Diagnostik. „Seit mehr als zehn Jahren wird in der Sozialen Arbeit wieder kontinuierlich über Diagnostik diskutiert. Neben zahlreichen theoretischen Publikationen sind auch in der Praxis erprobte und teilweise empirisch validierte Diagnoseinstrumente publiziert worden. Dennoch ist ein fachlicher Konsens bis heute nicht erreicht worden, selbst die Verwendung der Begriffe Diagnose und Diagnostik bleibt weiterhin umstritten. [...] Angesichts einer Reihe schwerer Misshandlungen und Vernachlässigungen von Kleinkindern, die teilweise zum Tode führten, haben sich die Erwartungen an Diagnostik zumindest in der Jugendhilfe in den letzten Jahren stark verändert. Die Grenzen von Aushandlung, Verständigung und hoffendem Abwarten wurden ebenso deutlich wie der Bedarf an Kriterien, um Risiken einschätzen zu können – trotz verbleibender Unwägbarkeiten. [...] Weitgehend offen bleibt dabei allerdings zumeist, was unter „systematisch“ oder „streng“ zu verstehen ist und mit welchen Verfahren „Transparenz“ gewährleistet werden soll. Auch welches „Wissen“ wie erhoben werden muss, welche Informationen in einem bestimmten Handlungskontext unverzichtbar sind und nach welchen Kriterien „Reflexivität“ als Korrektiv selektiver Wahrnehmungen und voreingenommener Schlussfolgerungen so wirksam werden kann, dass die Fachkräfte der Sozialen Arbeit zuverlässig ihrer Verantwortung gerecht werden können, ist noch weitgehend unklar“ (Heiner, 2011, S. 237f.).

In der vorliegenden Arbeit habe ich versucht, aus der Vielzahl von Diagnostikansätzen drei auszuwählen und vorzustellen, die sowohl relevant für die Arbeit des ASD in der Entscheidungsfindung zur Gewährung von Hilfen zur Erziehung sind, aber auch von Fachkräften der ambulanten Leistungserbringer eingesetzt werden können.

In der quantitativen Erhebung mittels Fragebogen zum Thema Kommunikation zwischen ASD und Leistungserbringer zu Anfang einer ambulanten Erziehungshilfe wurde deutlich, dass die Fachkräfte im ASD Dresden die Methodik einer Sozialpädagogischen Diagnose einsetzen. Es wurde nicht explizit erhoben, auf welchen theoretischen Konstrukten diese Diagnostik im Einzelnen fußt. Dies hätte wohl auch den Rahmen eines Online-Fragebogens gesprengt. Die Auswertung der Fragebögen hat gezeigt, dass die

Kommunikation zwischen ASD und Leistungserbringern ambulanter Erziehungshilfen nicht zu verallgemeinern ist und immer auf die einzelnen Personen und deren Beziehung ankommt. Allgemein ist festzuhalten, dass es eine gute Grundlage der Zusammenarbeit zwischen ASD und den Fachkräften der freien Träger zu geben scheint, welche aber dennoch stets verbessert werden kann.

Nach der gründlichen Auseinandersetzung mit der Frage, ob Soziale Arbeit eine Diagnostik braucht, um mit anderen Professionen Schritt halten zu können, kann ich mich letztlich Peter Pantuček (2012) anschließen: „Auf dem Weg zu einer ihre eigenen Stärken gezielter einsetzenden und entwickelnden Sozialarbeit wird es an der Ausarbeitung eines kontrollierten diagnostischen Instrumentariums keinen Weg vorbei geben“ (Pantuček, 2012, S. 351).

Anlagen

Umfrage Leistungserbringer

EINLEITUNGSTEXT Leistungserbringer:

Sehr geehrte Kollegen,

seit mehreren Jahren arbeite ich als Sozialpädagoge im Bereich der ambulanten Erziehungshilfen bei der Burmeister & Luding GmbH in Dresden. Im nächsten Jahr möchte ich nun auch mein berufsbegleitendes Bachelor-Studium der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Mittweida beenden. Meine Abschlussarbeit beschäftigt sich mit dem Thema: „Die Kommunikation zwischen Jugendamt und Leistungserbringer zu Beginn einer ambulanten Erziehungshilfe im Spannungsfeld zwischen sozialpädagogischer Theorie und Alltagspraxis am Beispiel der Stadt Dresden.“

Hierfür benötige ich Ihre Hilfe. Bitte nehmen Sie sich 5 Minuten Zeit und beantworten den folgenden kleinen Fragebogen, wenn möglich bis spätestens 31.12.2013.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

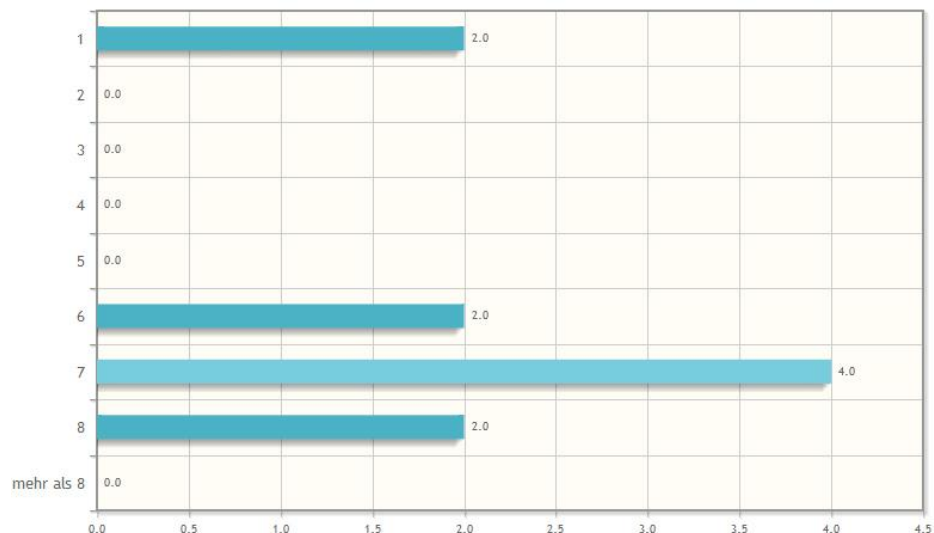
Mit freundlichen Grüßen,

Ronny Taube

ERGEBNISSE

Frage 1: Wie viele Fälle betreuen Sie zurzeit?

Antworten:



Frage 2: Welche Unterlagen erhalten Sie als Leistungserbringer vom ASD zu Beginn einer ambulanten Hilfe?

Antworten:

ka

Hilfepläne, vorangegangene Hilfepläne, Genogramm, Unterlagen zur Familie/Klient, Kontaktbogen, Netzwerkinfos, Bedarf- und Zielformulierung

Genogramm Praxisziele Entwicklungsberichte (eher selten)

Oft nur eine kurze Mail mit einer mehr oder weniger detaillierten Beschreibung des Falles

Problemvorstellung für "Casting", 6.1 bis 6.3, Kostenzusage.

Frage 3: Welche Informationen sind aus Ihrer Sicht für einen optimalen Hilfebeginn vom Jugendamt notwendig?

Antworten:

berichte über vorherige hilfen

Alle Familienaufstellungen, bzw. Klienteninformationen (Biografie) welche auch negative Informationen enthalten, oder zeitlich einen längeren Zeitraum zurückliegen. Klare Zielformulierung, auch versteckte Ziele vom ASD offen benennen.

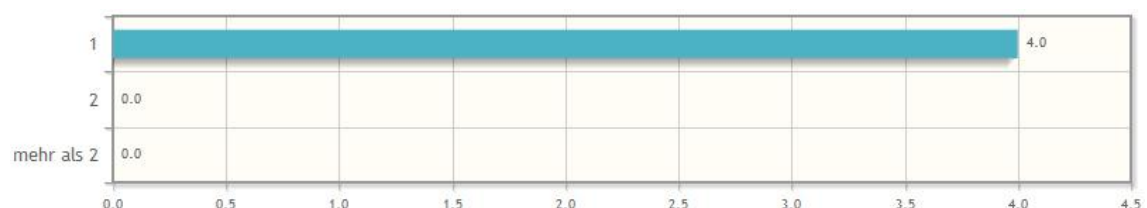
Genogramm Wie kam es zur Hilfe? Welche Hilfeangebote wurde bereits genutzt? und mit welchem Resultat

Genogramm , Überblick der bis zum Hilfebeginn schon geleisteten Hilfen, wenn möglich Abschlussberichte vorangegangener Hilfen, kurze Vorstellung welches übergeordnete Ziel der ASD im Auge hat, Beschreibung wie und warum es überhaupt zu einer Hilfe kommen soll

Historie bisherige bekannte Jugendhilfelaufbahn, Diagnosen, bisherige Ziele, Themen der vorhergehenden Beratung im JA.

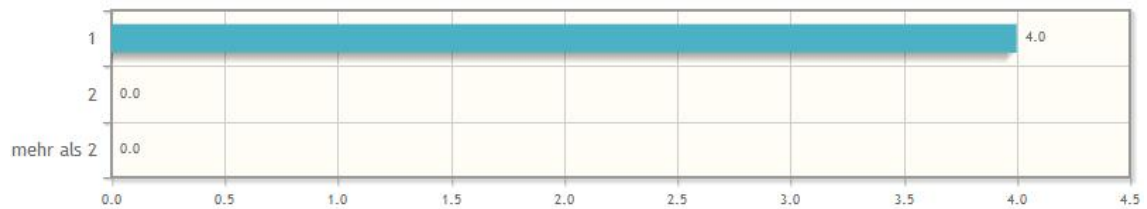
Frage 4: Wie viele Gespräche gibt es mit den ASD-Mitarbeitern im Vorfeld einer Hilfe?

Antworten:



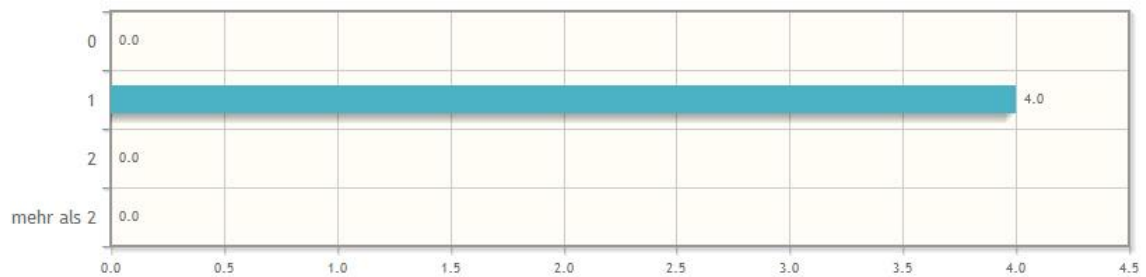
Frage 5: Wie viele Gespräche gibt es mit den Hilfeempfängern im Vorfeld einer Hilfe?

Antworten:



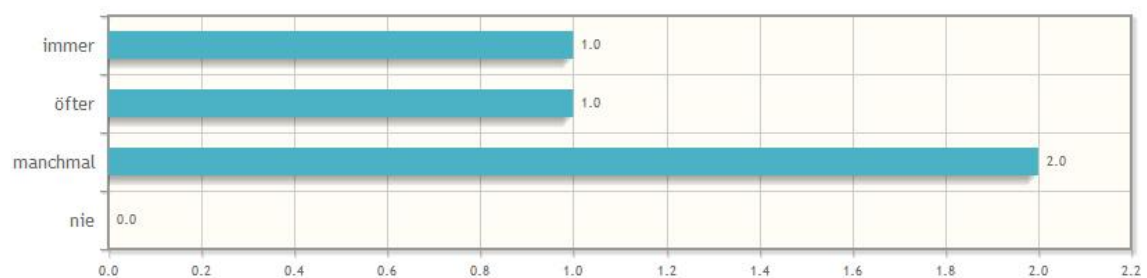
Frage 6: Wie viele Hausbesuche gibt es in der Regel bei den Hilfeempfängern im Vorfeld einer Hilfe?

Antworten:



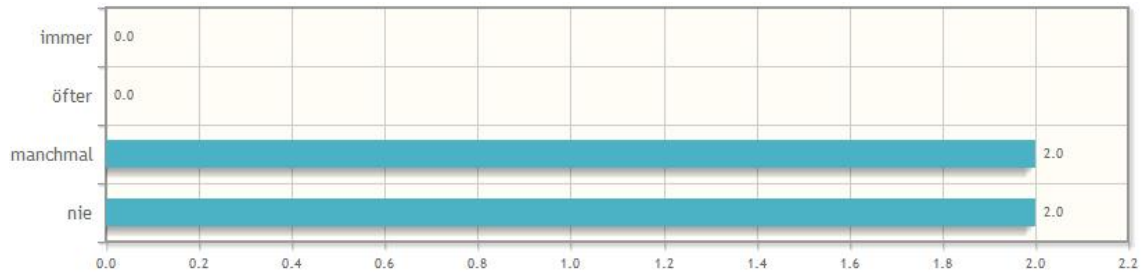
Frage 7: Wie oft lernen Sie bei Sozialpädagogischen Familienhilfen/Erziehungsbeistandschaften die Kinder vor Start der Hilfe kennen?

Antworten:



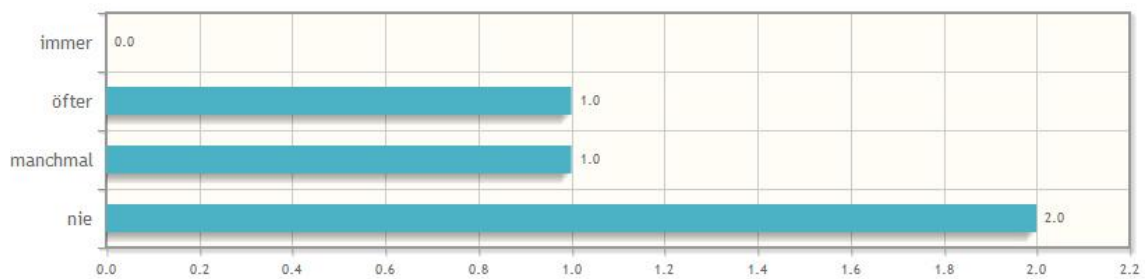
Frage 8: Wie oft lernen Sie das Netzwerk der Familie (Kita, Schule, Psychologe, Ärzte,...) im Vorfeld einer Hilfe kennen?

Antworten:



Frage 9: Wie oft findet durch den ASD eine sozialpädagogische Familiendiagnose im Vorfeld einer Hilfe statt?

Antworten:



Umfrage ASD

EINLEITUNGSTEXT ASD:

Sehr geehrte Fachkräfte im ASD Dresden,

seit mehreren Jahren arbeite ich als Sozialpädagoge im Bereich der ambulanten Erziehungshilfen bei der Burmeister & Luding GmbH in Dresden. Im nächsten Jahr möchte ich nun auch mein berufsbegleitendes Bachelor-Studium der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Mittweida beenden. Meine Abschlussarbeit beschäftigt sich mit dem Thema: „Die Kommunikation zwischen Jugendamt und Leistungserbringer zu Beginn einer ambulanten Erziehungshilfe im Spannungsfeld zwischen sozialpädagogischer Theorie und Alltagspraxis am Beispiel der Stadt Dresden.“

Hierfür benötige ich Ihre Hilfe. Bitte nehmen Sie sich 5 Minuten Zeit und beantworten den folgenden kleinen Fragebogen, wenn möglich bis spätestens 31.12.2013.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

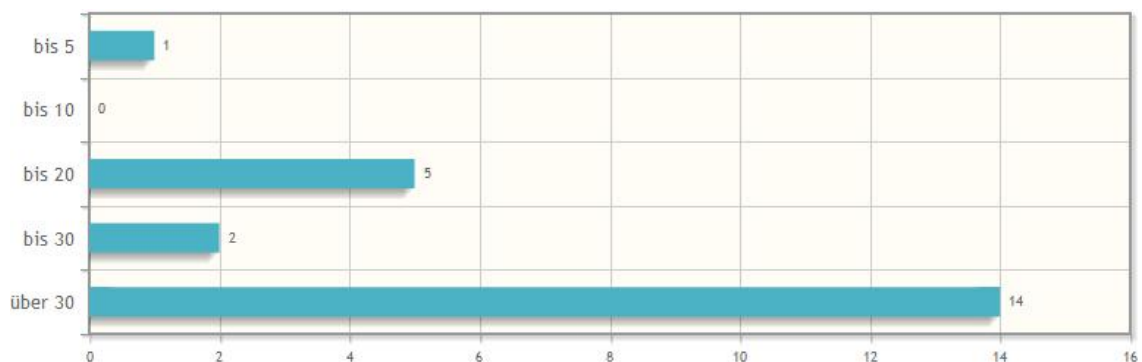
Mit freundlichen Grüßen,

Ronny Taube

ERGEBNISSE

Frage 1: Wie viele Fälle betreuen Sie zurzeit?

Antworten:



Frage 2: Welche Unterlagen soll der Leistungserbringer nach Vorschrift des Jugendamtes erhalten?

Antworten:

Genogramm, Netzwerkkarte, Ressourcenkarte, Informationen aus den ersten Erhebungen zum HP, sozialpäd. Diagnostik im Überblick, Antragstellung der Eltern inhaltl. zur K. und Stammdaten der Eltern/ des Kindes,

1.1-1.3, Netzwerk und Ressourcenkarte, Genogramm, 2.1, 2.2, 3.1 und 3.2

alle HP-Formulare (1.1-7.6) Genogramm bzw Soziogramm Ressourcenübersicht

Die Unterlagen 1.1. -5.2. (Antrag, Daten, Familiensituation, Bedarf, Fachteam) Genogramm, Ressourcenkarte

Genogramm, Netzwerkkarte Hilfeplan 2, 3 sowie Daten zur Familie (Hilfeplan 1.1-1.2)

HP-Bögen 1.1 bis 2.2 einschließlich Genogramm sowie Netzwerk- und Ressourcenkarte + HP-Bögen 5.1 bis 6.3

Alle im Hilfeplan relevanten, ggf. Gutachten, Genogramm, Soziogramm, Netzwerkkarte

Netzwerkkarte, Genogramm, Hilfeplan 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 4, 5.1, 5.2, 6.1-6.3

1.1 bis 1.3, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2., 6.1-6.3, Fachteam, Genogramm, Netzwerkübersicht

1er, 2er, 3er Formulare, Genogramm vor Hilfebeginn Hilfeplanunterlagen (6er und 7er) bei Hilfeverlängerung/-änderung Formulare 5.1, 5.2; bei Teilnahme am Fachteam Formular 4

Dem LE sollten alle das Familiensystem betreffenden Unterlagen (sozialpädagogische Diagnose des ASD) zur Verfügung gestellt werden, einschließlich Genogramm und Netzwerkkarte. Leider sind diese oft aus unterschiedlichen Gründen unvollständig. Oftmals werden sie vom LE weder erwartet noch eingefordert, um Vorgenommenheit durch subjektives Wissen vor Kennelernen der Klienten zu vermeiden.

nach meinem Verständnis die Unterlagen des Hilfeplanverfahrens ab den 6er Bögen Vereinbarung zur Gewährung von Hilfen

Genogramm, Hilfeplanformulare 1.1. - 6.3

2er, 3er, 4er, 6er, Genogramm, Netzwerkkarte

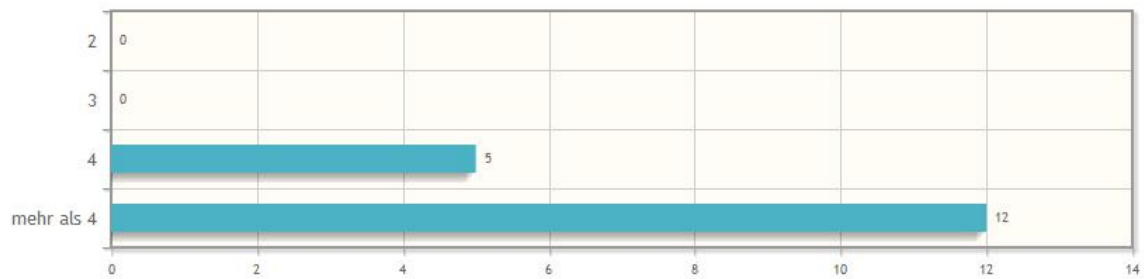
- HP Unterlagen - Netzwerkkarte

1.1.-6.3., Genogramm Netzwerkkarte

Genogramm, Netzwerkkarte, Ressourcenkarte

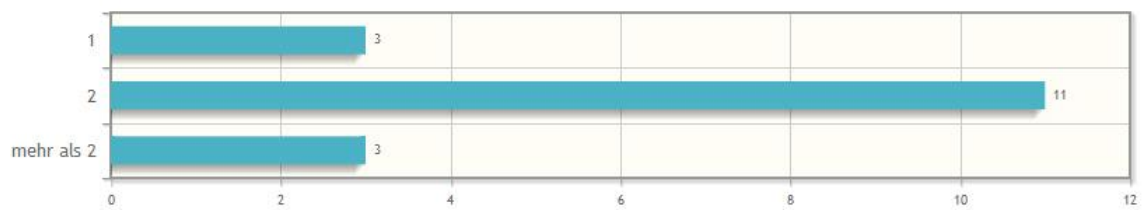
Frage 3: Wie viele Gespräche gibt es in der Regel mit den Hilfeempfängern im Vorfeld einer Hilfe?

Antworten:



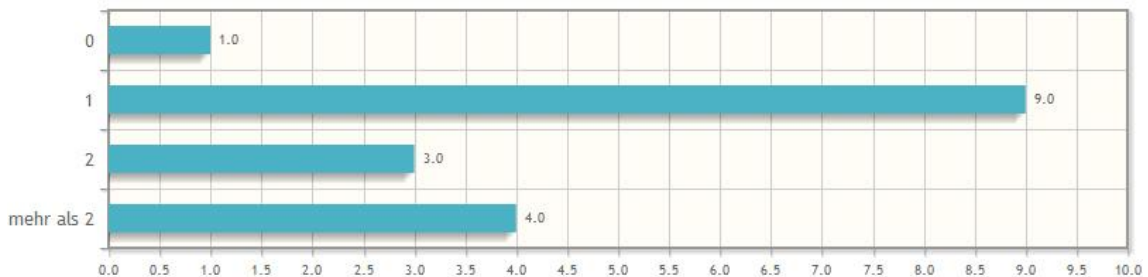
Frage 4: Wie viele Gespräche gibt es im Vorfeld einer Hilfe mit dem potentiellen Leistungserbringer?

Antworten:



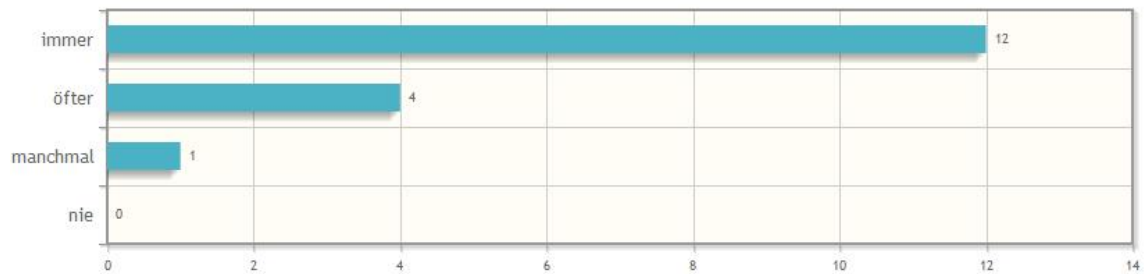
Frage 5: Wie viele Hausbesuche gibt es mit den Hilfeempfängern im Vorfeld einer Hilfe?

Antworten:



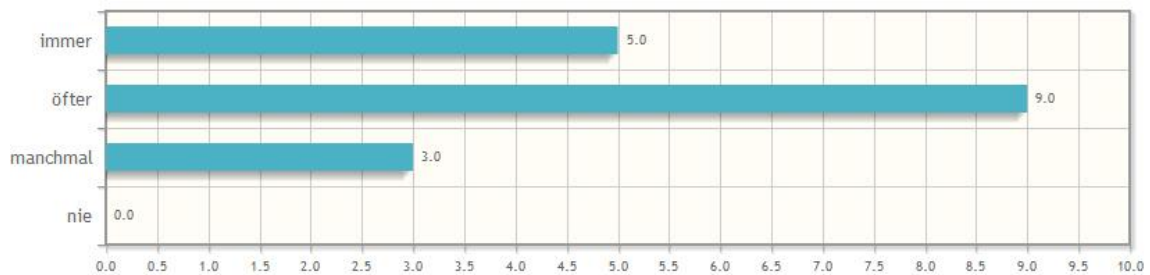
Frage 6: Wie oft lernen Sie bei Sozialpädagogischen Familienhilfen/Erziehungsbeistandschaften die Kinder vor Start der Hilfe kennen?

Antworten:



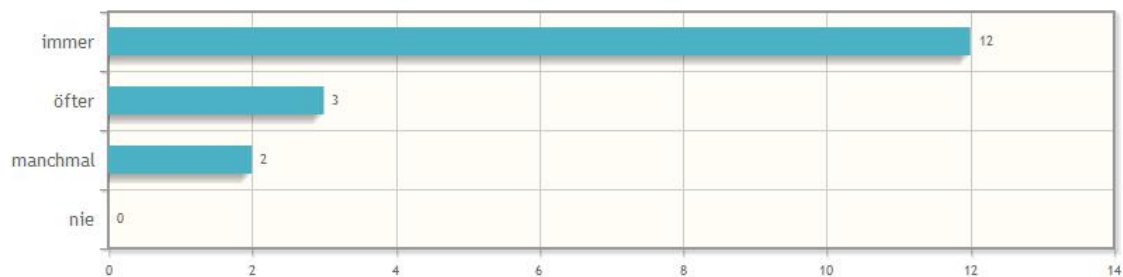
Frage 7: Wie oft lernen Sie das Netzwerk der Familie (Kita, Schule, Psychologe, Ärzte,...) im Vorfeld der Hilfe kennen?

Antworten:



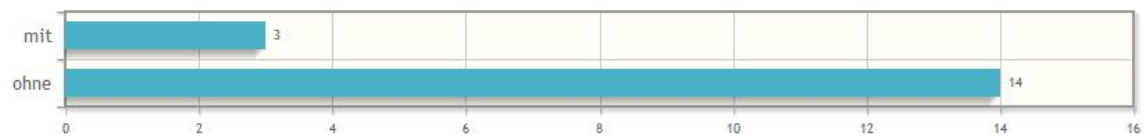
Frage 8: Wie oft findet eine sozialpädagogische Familiendiagnose statt?

Antworten:



Frage 9: Wenn ja, geschieht die sozialpädagogische Familiendiagnose mit oder ohne Einbezug des Leistungserbringers?

Antworten:



Literaturverzeichnis

- Bock, K. (2002). Die Kinder- und Jugendhilfe. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. (S. 299-315). Opladen: Leske + Budrich.
- Fachkräfteportal Dresden. (2014). *Allgemeine Grundlagen der Arbeit der Sozialen Jugenddienste*. Abgerufen am 08. 01. 2014 von http://www.fachkraefteportal.info/fachkraefteportal/Soziale_Dienste/asd/fkp_grundlagen_asd.html
- Heiner, M. (2011). Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In H.-U. Otto (Hrsg.), & H. Thiersch (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit: Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (S. 237-247). München: Reinhardt Verlag.
- Kunkel, P.-C. (2006). *Jugendhilferecht. Systematische Darstellung für Studium und Praxis*. Baden-Baden: Nomos.
- Macsenaere, M., Paries, G., & Arnold, J. (2005). *EST! - Evaluation der Sozialpädagogischen Diagnose-Tabellen. Abschlussbericht*. Mainz: IKJ Institut für Kinder- und Jugendhilfe gGmbH.
- Merchel, J. (2012). Hilfeplanung. In J. Merchel (Hrsg.), *Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 186-198). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Nonninger, S., & Meysen, T. (2012). Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). In J. Merchel (Hrsg.), *Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 88-104). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Pantuček, P. (2012). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.
- Schrappner, C. (2004). Sozialpädagogische Diagnostik zwischen Durchblick und Verständigung. In M. Heiner (Hrsg.), *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit - Ein Handbuch* (S. 40-54). Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge Berlin.

- Schrappner, C. (2012). Sozialpädagogische Diagnosen und sozialpädagogisches Fallverstehen. In J. Merchel (Hrsg.), *Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 199-207). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Stascheit, Ulrich (Hrsg.). (2009). *Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis*. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Thiersch, H., Grunwald, S., & Köngeter, S. (2002). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 161-178). Opladen: Leske + Budrich.
- Uhlendorff, U. (2010). *Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch-hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Uhlendorff, U. (2012). Sozialpädagogisch-hermeneutische Diagnosen in der Jugendhilfe. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. (S. 707-718). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Uhlendorff, U., & Marthaler, T. (2004). Sozialpädagogische Familiendiagnostik. In M. Heiner (Hrsg.), *Diagnostik und Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch*. (S. 251-263). Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge Berlin.
- Uhlendorff, U., Cinkl, S., & Marthaler, T. (2005). *Abschlussbericht: Familien in der Jugendhilfe – Sozialpädagogische Diagnosen familiärer Notlagen und Hilfekonzepte*. Frankfurt am Main: Internationale Gesellschaft für erzieherische Hilfen.

Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift